SIGNES ET DIAGNOSTIC

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

PAR

Ferdinand CHAYÉ

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

Ancien externe des hôpitaux et de la clinique d'accouchements de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER, ÉDITEURS

23, Place de l'École-de-Médecine, 23

1882

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22276257

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Un cas de grossesse extra-utérine abdominale qui se trouve dans le service de M. le professeur Depaul, m'a suggéré l'idée de consacrer ma thèse à l'étude de ce cas. Je ne me dissimule pas les difficultés qu'elle comporte après le travail si complet de mon maître et le très remarquable résumé de M. Charpentier (1). Quoi qu'il en soit, notre travail sera divisé en deux parties.

Dans un premier chapitre, nous étudierons la symptomatologie.

Dans un second chapitre, nous passerons en revue les différentes maladies qui peuvent être confondues avec la grossesse extra-utérine.

La grossesse tubaire et la grossesse abdominale sont les deux variétés cliniques qui feront l'objet de ce travail. Nous insisterons sur la dernière qui est de beaucoup la plus fréquente. En effet, Hecker a trouvé dans une statistique sérieuse qu'il a faite à cet égard 64 cas de grossesse tu-

1. *Revue de Hayem.* 1877.

baire sur 132 abdominales. Friedreich et M. Depaul partagent absolument cette opinion.

Avant d'aborder la symptomatologie, qu'il me soit permis d'offrir à M. Depaul mes plus vifs remerciements, pour les conseils toujours paternels qu'il m'a donnés et pour la bienveillante sympathie dont il m'a honoré pendant le cours de mes études obstétricales.

SYMPTOMES

Dans les jours qui suivent la fécondation, on note généralement les symptômes qui accompagnent d'ordinaire toute gestation normale. Cependant ce n'est pas là la règle, car l'évolution de la grossesse extra-utérine affecte dans sa marche des irrégularités et des troubles particuliers qui enlèvent à la grossesse ce qu'elle pouvait avoir de calme et de tranquille. Ce sont des phénomènes anormaux qui doivent attirer toute l'attention du médecin. Des douleurs, des pertes sanguines, le toucher vaginal, l'aspect du ventre etc. sont autant de signes que je vais étudier séparément pour être plus méthodique.

Comme dans la grossesse normale les seins augmentent le plus souvent, il est des cas où ce signe manque dans les premiers mois. Signalons encore des vomissements, du ptyalisme, de la constipation, des troubles peu marqués de la miction qui sont loin d'être constamment observés, des modifications dans le caractère, augmentation du volume du ventre. En somme les principaux signes rationnels

d'une grossesse. Les signes physiques sont de beaucoup les plus importants et réunis à quelques symptômes du début, il est possible dans la plupart des cas de faire un diagnostic exact. La grossesse extra-utérine se manifeste surtout chez les multipares et il arrive assez souvent que la malade dit elle-même qu'elle a une grossesse qui ne ressemble pas aux précédentes.

PHÉNOMÈNES MENSTRUELS

La suppression des règles est un signe dont la fréquence est à peu près admise par tous, cependant pour certains auteurs, la grossesse extra-utérine ne porte aucune modification dans les règles. De ce nombre, est J. B. Hillairet qui insistait sur la persistance des règles. Dans sa thèse inaugurale, Roux, en rapportant les idées semblables de beaucoup d'auteurs sur ce point, reconnaît que les règles sont souvent suspendues (1). Ce n'est que dans la grossesse tubaire qu'on note la fréquence des hémorrhagies. Chez quelques femmes, au début de la grossesse et surtout jusqu'à quatre et cinq mois, on voit apparaître des écoulements sanguins qui ont dans leur manifestation quelque chose de périodique, mais ce ne sont pas là les règles.

En effet, le sang n'est plus rouge vermeil, il est noir, séro-sanguinolent, d'autres fois le liquide est légèrement teinté en rouge, il en était ainsi chez notre malade.

1. Roux, 1874.

Quelquefois dans les deux premiers mois il arrive à certaines femmes de perdre des caillots plus ou moins volumineux. Si c'est la variété tubaire, on a de grandes chances d'y trouver la trace d'une caduque, car c'est vers la cinquième et la sixième semaine que celle-ci est le plus souvent expulsée. De plus, comme je l'ai déjà dit, les hémorrhagies sont de beaucoup plus fréquentes que dans la gestation abdominale.

Ces écoulements sanguins s'observent aussi dans cette dernière, mais ils sont moins abondants et on les observe surtout jusqu'à cinq ou six mois; puis jusqu'à l'époque du faux-travail, il est fort rare de les noter.

Ces pertes de sang durent quelques jours et se suspendent pendant plusieurs semaines pour réapparaître. Il arrive quelquefois que la malade après avoir eu ces écoulements s'aperçoit que son ventre augmente de volume, et bientôt les signes rationnels confirment une grossesse. Tout se calme et la gestation suit son cours.

On observe ces pertes sanguines en dehors de la période menstruelle et madame Lachapelle en avait saisi toute l'importance car elle parle du défaut de périodicité. Les douleurs accompagnent d'ordinaire ces pertes de sang, les précèdent ou les suivent, mais il est plus fréquent de les voir cesser pour un temps. Dans certains cas les hémorrhagies précèdent le période du faux-travail, nous en reparlerons. Je parlerai de même de la caduque dont la chute accompagne d'ordinaire la période du faux-travail dans la grossesse extra-utérine.

DOULEURS

La plupart des observations citent des phénomènes douloureux pendant l'évolution de la grossesse extra-utérine. La douleur du ventre, bien qu'elle puisse manquer en particulier dans certaines grossesses anormales qui arrivent à terme sans avoir présenté rien de bien saillant, est un des symptômes les plus constants. Elle se montre sous deux formes, coliques et douleurs. Les premières accompagnent d'ordinaire les pertes sanguines, les douleurs proprement dites sont plus stables, plus continues et durent plus longtemps. Les premières sont souvent justiciables de troubles intestinaux, les deuxièmes, au contraire, sont la marque de phénomènes péritonitiques. J'insisterai sur ces douleurs, car elles ont une réelle valeur ; avec les hémorrhagies et le toucher vaginal, le diagnostic est possible dans un grand nombre de cas.

Ces douleurs peuvent accompagner l'évolution de la grossesse, la rupture du kyste fœtal et enfin la période du faux travail. Contrairement à la péritonite franche, les douleurs de la grossesse anormale sont rarement généralisées ; d'ordinaire elles sont partielles, localisées dans la partie droite ou à gauche du bas-ventre, pour de là s'irradier vers la partie opposée, le fondement, les régions lombaires et quelquefois même le haut des cuisses.

Caractère des douleurs. — Elles sont sourdes, lancinantes, s'exaspérant quelquefois sous forme d'accès. Les

vomissements accompagnent rarement les douleurs, s'ils existent au début, ils rentrent dans les signes rationnels de toute grossesse ; plus tard ils peuvent apparaître mais peu marqués et en tout cas ils sont faciles. Ces vomissements sont alimentaires, mais plus fréquemment franchement bilieux.

Les douleurs abdominales irritent le caractère ; l'appétit est capricieux, la viande est peu tolérée ; d'autres fois, rien de tout cela n'existe.

Chez notre malade, les douleurs, du moins depuis son entrée à l'hôpital, étaient plutôt provoquées que spontanées et toujours exagérées par la palpation et les mouvements de l'enfant. Dans certains cas, les douleurs sont épouvantables, et même tellement, que, au dire de Blass, la femme est obligée de se coucher sur le ventre pour les calmer.

Je lis dans le *Journal des Savants* de l'année 1756 un cas où une femme de Louvain éprouva une telle douleur, qu'en allant à la garde-robe, elle crut que ses entrailles allaient sortir. Il est probable que ces vives douleurs étaient le fait d'une rupture instantanée du kyste fœtal.

Il arrive quelquefois que la femme se plaint jusqu'à trois à quatre mois ; et à partir de ce moment jusqu'au terme, des convulsions et des syncopes répétées apparaissent. Dans le cas du Dr Mounsey, la douleur, les vomissements, et les syncopes durèrent jusqu'à ce que l'enfant se mit à remuer. Ce symptôme douleur avait attiré l'attention de Heim qui en avait fait en quelque sorte une pierre de touche pour le diagnostic d'une grossesse extra-utérine. C'est évidemment aller trop loin mais cet habile accoucheur a

eu le premier le mérite d'attirer sur ce point toute l'attention des praticiens. Il a exagéré le fait mais il est bon d'agir ainsi quand on veut frapper plus fort et plus sûrement.

Ces douleurs ont-elles un retentissement bien marqué sur l'état général de la malade ? Non certainement, la face est pâle, altérée, amaigrie, mais très-souvent les douleurs plus ou moins vives ne se reflètent pas sur la physionomie.

Ce n'est cependant pas là une règle ; fréquemment le visage exprime une souffrance considérable et le Dr Heim y ajoutait une importance énorme, nous le verrons au diagnostic. L'état général varie naturellement à l'époque du faux-travail, j'en reparlerai. La température ne présente rien de caractéristique à ce moment, mais à l'époque du faux-travail, elle offre un certain intérêt que nous signalerons.

Le kyste vient-il à se rompre, nous avons tous les phénomènes d'une hémorrhagie interne et la péritonite consécutive ; je me contente de citer le fait, les symptômes dans ce cas comme ailleurs, ont une étroite connexité.

Siége. — Les douleurs qui peuvent se déclarer au début, mais surtout à une époque avancée de la grossesse ont des localisations variables ; tantôt elles se manifestent dans la région inguinale, tantôt au niveau de l'ombilic, mais surtout au niveau du sacrum, ce qui s'explique parfaitement puisque nous savons que le kyste fœtal occupe plus fréquemment le cul-de-sac postérieur.

Quelles sont les causes de ces douleurs ?

Elles se rangent en trois catégories :

1 La péritonite ;

2° Les contractions de la matrice ;

3° Les contractions du kyste fœtal.

L'hystérie exagère naturellement le degré d'intensité des phénomènes douloureux.

J'ai signalé la péritonite qui circonscrit le fœtus et donne naissance à la douleur, l'autopsie ne permet aucun doute à cet égard. C'est ce qui explique même quelquefois comment la rupture du kyste se faisant dans une loge tapissée de toutes part par les adhérences péritonéales, les phénomènes réactionnels ont une allure très peu vive.

Peut-on localiser dans les parois kystiques le point de départ des phénomènes douloureux? Cazeaux ne le pense pas, contrairement à l'opinion de beaucoup de personnes ; car, dit-il, si on excepte le cas de grossesse tubaire, ces parois ne contiennent jamais de fibres musculaires ; d'où absence de contractions et partant impossibilité de produire de la douleur. Mais l'opinion de Cazeaux n'est pas admise par Baudelocque, Nœgelé ; ces chirurgiens ont toujours trouvé dans les parois kystiques des fibres musculaires qui expliquent la contraction de ce kyste.

Cazeaux admettait dans les contractions de l'utérus seul la production de la douleur, les auteurs que j'ai cités et après eux beaucoup d'autres sont de cet avis, mais pas aussi exclusivement, nous venons de le dire. Donc, la matrice se contracte aussi, mais, continue M. Charpentier, Hohl affirmait qu'elle ne se contractait pas et il croyait l'avoir démontré en y introduisant une sonde pendant les douleurs les plus violentes sans lui voir subir aucun mouvement. Mais, dit judicieusement M. Charpentier, cela ne

veut pas dire que par sympathie, et j'ajouterai par action réflexe, la matrice ne puisse entrer aussi en contraction.

Voilà pourquoi M. Charpentier pense avec Cauwenberghe, « que l'augmentation de volume de la matrice, l'hypertrophie de ses fibres musculaires, l'imbibition de ses parois par une notable quantité de débris membraneux, de caillots anciens et récents, l'expulsion de lambeaux de caduque, la production d'un écoulement sanguin et même d'une violente métrorrhagie, coïncident souvent avec le paroxysme des douleurs qui ne tardent pas à s'apaiser à mesure que la matrice se vide ou que le sang coule. » On ne saurait mieux dire que le savant accoucheur que je viens de citer. Cazeaux dit également que « le développement *considérable* de l'utérus, les matières muqueuses et albumineuses renfermées dans sa cavité et dont l'expulsion nécessite quelques contractions rendent suffisamment compte des douleurs éprouvées par la malade. De tout ceci on peut conclure que les deux opinions, au point de vue de la contractilité, ont raison ; mais je crois que c'est surtout le kyste qui doit intervenir.

En effet, nous verrons au diagnostic que les douleurs sont plus marquées dans la grossesse tubaire ; celle-ci ne dépasse pas trois à quatre mois et le volume de la matrice ainsi que l'hypertrophie de son tissu musculaire ne sont pas assez marqués pour produire les douleurs. Je serais porté à admettre que dans la variété tubaire ce sont les contractions (indépendamment de la péritonite, bien entendu) du kyste fœtal qui produisent et exagèrent les douleurs tandis que le cœfficient de ces douleurs serait la contraction plus ou moins répétée de la matrice dans la gros-

sesse abdominale. Ici la grossesse arrive assez souvent à terme, et le développement de la matrice en son ensemble devient plus marqué.

A ce nombre de causes nous pouvons encore en ajouter d'autres ; à cet égard, Cauwenberghe s'exprime ainsi : les tiraillements exercés par l'œuf sur les organes avec lesquels il a contracté des rapports vasculaires ou des adhérences pseudo-membraneuses, la distension trop forte du kyste, enfin une sensibilité exagérée des parois abdominales (les mouvements de l'enfant) (1) expliquent de leur côté la fréquence des phénomènes douloureux. Tout cela est parfaitement conforme avec la réalité des faits et l'on voit que les causes sont multiples pour produire ces douleurs qui fatiguent et font beaucoup souffrir la malade.

ASPECT DU VENTRE

Au début de la grossesse anormale l'abdomen ne présente aucune modification dans sa morphologie, cependant au bout de deux à trois mois, le kyste fœtal se développant dans un point limité au-dessus de l'aîne droite ou gauche, la tumeur fait en ce point une légère saillie et la malade la reconnaît parfaitement. Le médecin la voit mais il est loin de penser à une anomalie dans la grossesse et conseille des vésicatoires, le repos, etc. Mais le ventre aug-

1. F. C.

mente de volume et dans ce développement, il y a plus de rapidité que dans une grossesse normale, ce point avait été justement mis en relief dans une observation recueillie par M. le Dr Polaillon. Ce n'est pas cependant la règle et le ventre s'accroît habituellement comme dans la grossesse normale.

Arrivée au cinquième ou sixième mois, si on découvre la malade, on est frappé par la forme irrégulière, bizarre du ventre partagé en deux tumeurs, l'une formée par le kyste fœtal et la deuxième par la matrice, il est même quelquefois assez facile de trouver une ligne de séparation bien nette qui disparaît rapidement avec le développement progressif de l'abdomen.

M. Kœberlé dit à propos d'une observation qu'a publiée Keller dans sa thèse en 1872. « La tumeur abdominale présente les mêmes caractères d'une grossesse, d'un kyste de l'ovaire ou d'une tumeur utérine. » Cela n'est pas exact : je le démontrerai au chapitre du diagnostic différentiel. L'aspect du ventre est caractéristique, il est plus élargi transversalement que partout ailleurs, et je dis tout de suite que l'ascite seule a la propriété d'élargir ainsi les parois latérales de la région abdominale.

Et on s'explique facilement cette irrégularité, car le fœtus est placé au-dessus du détroit supérieur et plus haut que normalement, ce qui force le ventre à s'étendre plus superficiellement. Le diamètre transverse augmente parallèlement au diamètre longitudinal ; dans la grossesse ordinaire, c'est surtout la partie moyenne qui prend un surcroît de développement. J'insiste sur cet aspect bizarre du ventre, car il donne l'idée de quelque chose d'anormal,

et si vous avez des signes de grossesse, vous êtes déjà bien prêt du diagnostic. Chez notre pauvre malade du numéro 30, ce point était particulièrement intéressant.

Heim a constaté l'enfoncement et l'allongement transversal de l'ombilic. Dans les observations où j'ai recherché ces particularités, je ne les ai point retrouvées.

PALPER ABDOMINAL

La palpation varie selon que le kyste fœtal est arrivé au sixième ou septième mois ou ne fait que subir un commencement de développement. Dans le dernier cas le palper abdominal tombe sur une ou plusieurs masses dures, irrégulières et ne présentant rien de net, les intestins sont refoulés en plusieurs points, évidemment rien n'est moins clair. Mais plus tard, il n'en est plus ainsi ; le ventre est largement développé et le kyste est superficiellement placé. Les auteurs insistent sur cette particularité, car on a pu quelquefois sentir et reconnaître telle ou telle partie du fœtus. Chez notre malade, rien de semblable n'a pu être obtenu, ce n'est qu'au dernier moment que la main pouvait circonscrire une masse arrondie au milieu de l'ombilic sans affirmer cependant qu'on se trouvait en présence de la tête. M. Joulin attache peu d'importance au palper abdominal ; il dit, en effet, dans son livre, que l'œuf extra-utérin est renfermé dans un kyste qui donne au palper les mêmes sensations qne la matrice en gestation. Ce savant accoucheur exagère certainement, je n'ignore pas les diffi-

cultés considérables qui accompagnent l'évolution de cette grossesse, mais l'aspect superficiel des parties n'existe jamais à ce degré et à un degré si marqué dans une gestation ordinaire. Si le palper ne donne pas des signes certains, il doit être cependant un bon élément de diagnostic, car, combiné avec le toucher du canal génital, il met souvent en évidence l'indépendance du kyste fœtal et de la matrice, le doigt placé sur celle-ci ne recevant dans aucun cas l'impulsion communiquée au kyste avec la main placée sur le ventre. C'est déjà, on le voit, quelque chose.

Je lis dans l'observation de M. Gaucher qu'au palper on trouva une tumeur qui avait ceci de particulier qu'elle donnait à la pression une crépitation analogue à celle de petites esquilles. M. Blachet a été assez habile dans un cas de sentir à travers les parois abdominales les sutures et les fontanelles. On n'a plus aujourd'hui autant d'habileté. Si la poche est tendue par une hydropisie de l'amnios on n'a aucun avantage à retirer de la palpation.

Dans quelques cas la main peut tomber sur une masse plus ou moins mobile, lisse, uniforme, tendue et avec beaucoup d'attention on peut sentir une fluctuation très profondément placée. Est-ce à dire que l'exploration abdominale est toujours facile ? Non ; la malade présente trop souvent des douleurs qui ne permettent aucun examen et il est sage de ne pas insister. C'est surtout au niveau du point où la tumeur est le plus développée que la douleur est plus marquée et quelquefois tellement que l'application d'un doigt fait reculer la malade. M. Kœberlé et après lui d'autres médecins citent des cas où le kyste fœtal présentait de tels mouvements, qu'on voyait la main violemment repoussée.

C'est là des cas exceptionnels, et généralement les mouvements ne sont pas plus exagérés que dans une grossesse normale. Le fœtus se remue davantage vers le fondement qu'en avant, ce qu'explique la plus grande fréquence de sa position dans le cul-de-sac utéro-rectal. Enfin les mouvements actifs sont plus marqués que les mouvements dits passifs.

PERCUSSION.

Je dirai peu de mots de la percussion, si ce n'est qu'au niveau de la tumeur et des diverses parties du fœtus on obtient une matité complète et partout ailleurs la sonorité intestinale caractéristique.

MENSURATION

Je crois que la mensuration du ventre offre un signe assez bon dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Nous venons de voir que le diamètre transverse chez une femme arrivée au 6e ou 7e mois de sa gestation s'est fortement développé, cela se voit, mais dans des proportions moindres, dans une grossesse normale. Le centimètre donne des chiffres qui permettent de mieux juger ce développement. Il faut avoir soin de faire la mensuration toujours au même endroit, pour avoir plus tard, des points de comparaison.

La région ombilicale doit être de préférence choisie

comme point de ralliement. Nous verrons plus tard qu'une variété de grossesse s'accompagne aussi d'une augmentation marquée du diamètre transverse.

Si on ne choisit pas l'ombilic, il faut avoir le soin, pour avoir un point de repère certain, de marquer dans la paroi abdominale avec un crayon au nitrate d'argent. La marque persiste longtemps et l'on ne risque ainsi aucune erreur dans une mensuration exacte. M. Depaul a agi ainsi pour notre malade, et pour ma part je ne choisirai pas un autre genre de conduite, avec la région ombilicale.

VOLUME DE LA MATRICE

Il paraît étonnant que le kyste fœtal se développant en dehors de la cavité utérine, celle-ci présente des modifications très semblables en beaucoup de points à celles qu'elle accuse dans une gestation ordinaire. Velpeau dit à ce propos que l'utérus ne prend pas part à la gestation, mais l'opinion de l'illustre chirurgien n'est plus partagée, il est quelques faits cependant qui sembleraient lui donner raison. Baudelocque dans son *Traité des accouchements*, p. 447, tome II, s'exprime ainsi : En admettant que la matrice augmente de volume dans la grossesse extra-utérine, comme l'annonce Levret, d'après un seul fait, cette augmentation ne doit être bien apparente qu'autant que le placenta a quelque rapport avec ce viscère. M. Polaillon, à la Mater-

nitè de Cochin (1) trouva à l'autopsie que l'utérus présentait tout son état normal. M. Gailleton fit également l'autopsie d'une grossesse extra-utérine où la matrice ne présentait aucune modification (2). Même état dans une observation de M. Mossé (3).

Hunter est un des principaux auteurs qui a insisté sur l'augmentation de volume de l'utérus.

Levret, Jouy, Boehmer, Courty, Nœgel, Stoltz, P. Dubois et M. Depaul admettent l'hypertrophie de l'utérus.

Clarke trouve l'utérus aussi gros à deux mois d'une grossesse extra-utérine, que s'il avait renfermé l'embryon ; il ajoute que la caduque était formée et le col était rempli d'une matière gélatineuse (4).

Burns avait constaté aussi que la matrice était toujours gonflée d'une manière considérable.

M. Depaul croit à l'augmentation de volume de la matrice et, à ce propos, il dit qu'elle est plus marquée dans la grossesse tubaire que dans la grossesse abdominale.

A terme égal, le développement de l'utérus gravide est plus considérable. Chez notre malade, l'utérus avait à son entrée 14 centimètres dans le diamètre longitudinal, tandis qu'à six mois 1/2 environ l'utérus gravide a près de 25 centimètres.

1. 20 septembre 1874.
2. Lyon, 1854.
3. Mossé, 1878.
4. *Transactions of a Society*, vol. 1, page 216.

FORME DE L'UTÉRUS

On sait, depuis les travaux de M. Depaul, que dans la grossesse normale, par suite du développement des parois antérieures et postérieures, la matrice s'arrondit et devient plus large à sa partie supérieure. Dans la grossesse extra-utérine, au contraire, l'utérus est beaucoup plus aplati et un doigt exercé peut saisir une nuance sous ce rapport.

Et M. Depaul attache à ce signe une importance assez grande pour que l'on puisse en tirer, au besoin, un certain parti, pendant la vie.

AUSCULTATION

L'importance de l'auscultation est considérable, car elle confirme, quand les autres signes manquent ou sont très vagues, l'idée d'une grossesse.

M. Cazeaux n'y attachait aucune confiance, l'enfant étant mort le plus souvent. Cette réflexion n'est pas entièrement conforme à la réalité des faits. L'opinion de Cazeaux, juste dans la grossesse tubaire, est fausse quand il s'agit de la grossesse abdominale. Comme dans toute grossesse, l'auscultation se compose de la constatation d'un souffle et des battements du cœur de l'enfant. Le souffle utérin était pour P. Dubois un des signes les plus importants pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine ; mais ce souffle n'existe pas dans tous les cas et même,

dans certains faits, quand il a existé, il n'y avait pas de grossesse extra-utérine. Nous donnons au diagnostic une observation de ce genre qui eut un fâcheux résultat. Le souffle utérin présente les mêmes particularités qu'ailleurs, je ne fais que le citer. Mais la constatation des battements du cœur est autrement intéressante, elle est dans beaucoup de cas la pierre de touche du diagnostic, car les mouvements de l'enfant, en l'absence des bruits du cœur, tant qu'ils ne sont pas constatés par le médecin, soit par la palpation, soit par le toucher vaginal, n'ont pas une valeur constante. On connaît les erreurs de ce genre.

Il arrive quelquefois que les bruits du cœur ne sont pas perçus, si ce n'est très tard, et même pas du tout. Chez notre malade, on n'a entendu les bruits du cœur que quelques jours avant la mort de l'enfant.

M. Gailleton, de Lyon, signalait dans un cas qu'il observait en 1854 l'absence complète de ce signe et cependant il sentait parfaitement les mouvements du fœtus.

Ce qui peut masquer l'auscultation, c'est le développement adipeux sous-cutané abdominal, qui acquiert quelquefois des proportions considérables.

Si l'enfant, profondément placé, présente sa région antérieure en avant, on comprend que l'auscultation puisse ne donner que des signes fort vagues.

TOUCHER VAGINAL

Le toucher vaginal acquiert une haute importance et

permet quelquefois, avant l'époque où apparaissent les signes physiques, de diagnostiquer une grossesse extra-utérine, contrairement à ce que pense M. le professeur Stoltz.

M. Depaul ne manque pas d'attirer sur ce point toute l'attention des praticiens.

Et cependant il n'en a pas été toujours ainsi, les auteurs signalent le ramollissement du col dont l'orifice est légèrement entr'ouvert, mais ce n'est que depuis les remarquables travaux de notre vénéré maître que l'on s'est plus appesanti sur la situation du col.

Velpeau disait que le col change de forme, mais il glissait rapidement sur ce point.

Joulin (1) n'insiste pas non plus là-dessus ; le toucher vaginal étant fort limité, il ne permet pas une exploration fort étendue.

Baudelocque est très bref sur le toucher vaginal.

Il arrive souvent que le doigt ne parvient pas sur le col de l'utérus, on cherche à droite, à gauche, en arrière, rien. Portez-vous le doigt en avant, vous sentez à peine le col, mais il faut le recourber en crochet et vous le trouvez relevé tout à fait en haut sur la symphise pubienne. Quelquefois deux doigts sont indispensables. Dans certains cas ils ne suffisent pas et il faut employer toute la main en prenant soin auparavant de chloroformiser légèrement la malade pour ne pas augmenter les douleurs qui existent assez souvent. Le col occupe le plus souvent cette position parce que le kyste fœtal se développant le plus ordinairement

(1) *Traité des accouchements.*

dans le cul-de-sac postérieur fait saillie en avant et dév le col utérin dans le même sens.

Quelquefois la tumeur occupant le cul-de-sac antérieu l'utérus est porté en masse en arrière. Rarement il est d vié latéralement, ce n'est que dans la grossesse tubaire la déviation du col se fait du côté du kyste fœtal et enc cela n'est pas constant.

Le refoulement de la matrice en bas est fort rare, c'es peine si dans les observations de grossesse extra-utérine en a signalé quelques cas. Il ne se voit guère dans les p mières semaines (Depaul). Le col de l'utérus comprim la vessie détermine quelquefois des troubles dans la micti il en est de même pour la défécation.

Le col est aminci, plus souple, mais la consistan quoique diminuée, n'est jamais en harmonie avec l'épo de la grossesse, c'est surtout vers le cinq et le sixième m que cela est manifeste.

L'orifice externe est entr'ouvert, surtout pendant qu malade perd ; quand les hémorrhagies ont disparu, le p doigt ne peut arriver sur l'orifice interne. Cependant, M. Tarnier, avec lenteur et sans rien forcer, on par petit à petit à vaincre la résistance des deux orifices constater la vacuité de l'utérus. Je crois que ce n'est q moment du faux-travail que cela peut se faire à la rigu les orifices s'entr'ouvrant d'eux-mêmes. Enfin le bou muqueux cervical existe dans la grossesse anormale.

Que devient le corps de l'utérus? Est-il toujours de le découvrir? Peut-on le circonscrire? Oui et non.

Dans quelques cas, il est excessivement difficile d couvrir l'utérus, c'est là un bon signe ; M. Robert lu

tache une réelle valeur. Si on parvient à le découvrir, surtout dans les commencements de la grossesse, il est mobile, dans de faibles proportions, mais jamais on n'obtient le phénomène du ballottement. Le doigt qui touche la matrice en se portant sur un autre point tombe bientôt sur une masse tout à fait indépendante. Celle-ci occupe des positions variables, mais c'est surtout au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin que se développe le kyste fœtal ; sa consistance est variable, mais dans son ensemble, elle offre une dureté manifeste séparée du doigt qui l'explore par une épaisseur de tissu très peu considérable.

On a pu quelquefois reconnaître telle ou telle partie du fœtus. Si on laisse le doigt sur cette tumeur on parvient assez souvent à sentir les mouvements de l'enfant. Cette position pour ainsi dire superficielle de l'enfant nous explique l'intervention chirurgicale par le vagin. Baudelocque insiste sur les pulsations artérielles très fortes dans la tumeur fœtale, mais elles sont fort rarement perçues. « Je n'ai jamais rencontré ce signe, dit-il, dans les tumeurs de toute nature qui peuvent se développer dans le bas-ventre.

Nous voyons donc quelle est l'importance du toucher vaginal, au moment de la période du faux travail il joue encore un grand rôle. Si la femme se présente pour accoucher l'enfant étant vivant, sans avoir jamais eu de troubles de la santé, si on explore le canal génital et si malgré l'intensité et la longueur des efforts expulsifs, le col ne présente aucune modification sensible, vous pouvez et vous devez penser à une grossesse extra-utérine.

TOUCHER RECTAL

Il doit toujours être fait car il confirme la position de l'enfant, ce qui est important quand on veut intervenir. Le doigt tombe aussi sur une masse inégale, irrégulière, et il lui arrive quelquefois de pouvoir reconnaître une partie de fœtus ; ce qui n'avait pu avoir lieu dans le toucher du canal génital. Si la compression du rectum est considérable, le doigt éprouve une grande difficulté à explorer. Cette exploration est quelquefois très douloureuse comme dans l'exploration vaginale.

CATHÉTÉRISME

L'emploi du cathéter a été fait la première fois par Stoltz qui y ajoute une grande importance. Il le conseille dans tous les cas où les doutes sont nombreux, et comme c'est dans la plupart des cas qu'ils sont de mise, on comprend qu'il faut généraliser l'emploi de l'instrument. Je crois que c'est là un grand excès, j'irai même jusqu'à ne conseiller le mode d'investigation qu'aux hommes d'une grande expérience en cette partie.

La femme au début d'une grossesse dont les symptômes généraux sont plus intenses que d'ordinaire, vient-elle vous consulter? A-t-elle pendant deux ou trois mois des pertes sanguines ayant remplacé la menstruation? Que doit faire

le médecin? Il a bien des tentations pour appliquer le cathéter, s'il pense à une grossesse anormale, mais rien ne vient lui démontrer à cette époque qu'il se trouve en présence de telle ou telle grossesse. Qu'arrive-t-il en effet si le cathétérisme est fait? De deux choses l'une : ou bien la matrice est vide et alors le cathéter constate parfaitement cet état ; ou bien l'œuf se développe dans la matrice, et vous avez de grandes chances de le décoller et de le perforer même quelquefois. Dans le premier cas, heureux succès, mais cela ne veut pas dire qu'il y ait grossesse extra-utérine (au début bien entendu et dans les trois à quatre premiers mois) ; dans le second, au contraire, insuccès complet presque toujours pour ne pas dire toujours, ce qui était tantôt un bien devient un mal maintenant.

Aussi vaut-il mieux, je crois, ne pas avoir recours au cathétérisme et laisser la grossesse suivre son cours. D'autres signes ne tardent pas à apparaître qui vous permettent d'affirmer une gestation anormale. Il est regrettable de ne point pouvoir utiliser un mode d'exploration qui apporte tant de certitude dans le diagnostic, mais j'aime mieux temporiser un peu et n'avoir rien à me reprocher plus tard. Au lieu de la sonde utérine, M. Tarnier qui en a vu les inconvénients, pense qu'on peut lui substituer l'examen digital qui peut rendre plus sûrement le même service. Mais quand la femme n'est pas dans la période du faux travail, les orifices ne sont pas assez entr'ouverts pour permettre au doigt un passage facile, dans quelques cas la malade souffre trop pour qu'on puisse, sans danger, employer un tel mode d'examen. P. Dubois aimait mieux

introduire un morceau d'éponge préparée qui exerçait un commencement de dilatation et fournissait ainsi le moyen d'établir un diagnostic plus facile, plus précis, moins douloureux, et dont on ne renouvelait pas l'usage si la grossesse était reconnue utérine. Cette méthode a l'avantage sur le cathéter de ne produire aucun trouble s'il s'agit d'une gestation ordinaire ; de plus elle permet de savoir au juste si l'enfant se trouve dans la matrice en s'aidant de l'exploration digitale.

M. Charles Bell (1) parlant du cathéterisme utérin dans les cas de grossesse extra-utérine s'exprime ainsi : si on observe que le volume de la matrice n'est pas en harmonie avec l'époque probable de la grossesse, il faut se défier.

Les soupçons se changeront en certitude si on entend les bruits du cœur de l'enfant dans un endroit où on ne les entend pas d'ordinaire, si la menstruation continue ; alors, on est autorisé à introduire l'hystéromètre, qui donnera de précieux renseignements.

Cette observation de M. Bell pourrait être vraie quelquefois, mais lorsque la grossesse est près de son terme et si on n'a pas suivi la malade dès le début, on ne parvient pas à trouver l'utérus et à plus forte raison à donner les dimensions de l'utérus. Voilà pourquoi, encore une fois, je n'emploierai pas le cathéter utérin comme moyen de diagnostic, car, comme le fait remarquer Walter, et après lui Holst, le cathétérisme n'est pas à l'abri de toute erreur, un utérus biloculaire peut en imposer au médecin.

1. *Edimburg medical Journal*, octobre 1881.

COMPLICATIONS

Dans le cours d'une grossesse abdominale, le col de l'utérus étant refoulé en haut et en avant peut comprimer la vessie et produire sinon une rétention d'urine complète, du moins une dysurie très marquée, mais c'est là, heureusement, un fait qu'on ne trouve pas fréquemment noté dans les nombreuses observations de grossesse extra-utérine.

Dans l'observation ci-dessous, on parle d'anurie, mais on ne cite ce symptôme qu'en passant et sans donner des détails.

Le rectum est également comprimé, ce qui explique les difficultés considérables qu'éprouvent certaines malades à aller à la selle. Notre malade du n° 30 a présenté de la constipation assez opiniâtre mais cédant à des lavements répétés.

Je cite l'observation de M. Laroyenne à cause de la rareté du fait.

Je laisse la parole à M. Chevalier.

Grossesse extra-utérine ; occlusion intestinale ; mort, autopsie par M. Chevalier (service du professeur Laroyenne).

Le 16 novembre dernier, à 7 heures du soir, la femme X...., âgée de 33 ans, est apportée à l'hospice de la Charité, salle Sainte-Marie, n° 12. Cette femme a joui, jusque là, d'une excellente santé ; réglée à quatorze ans, la menstruation a toujours été très régulière. Une grossesse il y a dix ans. Accouchement normal.

Suppression des règles depuis quatre mois, quelques semaines plus tard, vomissements, tuméfaction des seins. Il y a quinze jours, réapparition d'un léger écoulement sanguin par la vulve coïncidant avec une diminution notable des seins. A son entrée à l'hôpital on constate les signes suivants : ballonnement du ventre, arrêt des gaz et des matières depuis huit jours. Depuis deux jours seulement, coliques, nausées, vomissements alimentaires et glaireux. Par le toucher vaginal, et surtout par le toucher rectal on constate la présence d'une tumeur volumineuse incluse dans la cavité pelvienne.

Cette tumeur est immobile, lisse, uniforme, rénitente et donne au doigt la sensation d'une poche kystique fortement tendue. *Le col est un peu mou, légèrement entr'ouvert mais ne présente rien de caractéristique.* L'exploration abdominale est rendue très-difficile par la distension exagérée de la paroi sous laquelle on voit se dessiner les anses intestinales. Une sonde métallique introduite dans la vessie ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine.

Cathétérisme rectal à l'aide d'une sonde œsophagienne de moyen calibre ; l'introduction en est douloureuse, difficile et très-incomplète. Un litre d'eau tiède, injectée par la sonde, ressort immédiatement sans entraîner des matières.

17 novembre. — Même état ; administration de trois gouttes d'huile de croton, d'un julep gommeux. Deux heures plus tard, vomissements bilieux très-abondants.

Dans la soirée, un lavement purgatif contenant 50 grammes de sulfate de soude et 60 grammes de miel de mercuriale est porté aussi haut que possible dans le rectum à l'aide d'une sonde œsophagienne ; insuccès. Les vomissements prononcés persistent, dès quatre heures du soir ils exhalent une odeur fécaloïde.

Le 18. — La malade a passé une mauvaise nuit, on se décide à intervenir.

Ponction de la tumeur au niveau du cul-de-sac postérieur à l'aide d'un gros trocart droit ; issue d'abord de sérosité pure (100 grammes environ), suivie de sang pur mélangé de petits caillots noirâtres. Cette

évacuation ne modifie pas sensiblement le volume de la tumeur qui était remplie de caillots, ainsi que l'autopsie va nous l'apprendre.

A l'hystéromètre, l'utérus donne 13 centimètres ; cet organe est refoulé en avant et à droite. En présence de tous ces signes : suppression des règles, tuméfaction des seins, hypertrophie de l'utérus, M. Laroyenne n'hésite pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine. Bien plus, il pense que la réapparition de l'écoulement menstruel, il y a quinze jours, et la diminution notable des seins à ce moment, doivent faire songer à la mort du fœtus.

En auscultant soigneusement la région hypogastrique. on entend des battements au niveau de la fosse iliaque droite : mais ces derniers sont isochrones au pouls, qui est lui-même très-rapide, 140.

A l'aide d'une grosse sonde rectale, on injecte un siphon d'eau de seltz ; insuccès.

Le soir ballonnement du ventre extrême, les vomissements fécaloïdes persistent, la dyspnée s'accentue, l'asphyxie devient progressive.

Administration de trois gouttes d'huile de croton dans un pruneau, on atténue les vomissements à l'aide de petits fragments de glace. Dans la nuit l'état général s'aggrave et la malade succombe le 19 novembre à une heure du matin, avec les signes du choléra herniaire : Cyanose, sueurs visqueuses, refroidissement des extrémités.

L'autopsie est faite trente-trois heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen on trouve une poche kystique, d'un reflet noirâtre, adhérente au gros intestin et à la cavité pelvienne. La masse morbide occupe tout le cul-de-sac utéro-rectal et empiète un peu sur la fosse iliaque droite. La paroi de ce kyste est épaisse, stratifiée, 8 à 10 millimètres environ.

La main introduite dans l'intérieur pénètre à travers de nombreux caillots jusqu'au fond du cul-de-sac utéro-rectal d'où on retire un fœtus de trois mois environ. Il présente une longueur de 15 centimètres et demi, et un poids de 125 grammes. Il n'est pas macéré. Le rectum est aplati contre la concavité du sacrum et l'iliaque est bourré de matières fécales. »

Cette observation présente un certain intérêt au point de vue justement de l'étiologie de l'occlusion intestinale. Dans les quelques recherches que nous avons faites à ce sujet, nous n'avons pas trouvé d'exemple analogue, sauf un cas signalé par Capuron et que nous rappellerons plus bas.

Réflexions. — Une chose me frappe dans cette observation, c'est la non-intervention chirurgicale. Voilà une maladie dont la cause est connue, on a diagnostiqué une grossesse extra-utérine, les moyens opératoires ne manquent pas et on se croise les bras ! Mais, me dira-t-on, cette femme était dans un collapsus tellement profond, qu'une intervention aurait été complètement illusoire. A cela je répondrai énergiquement non !

J'ai vu, entres autres faits, dans le service de M. Richet une pauvre femme, qui avait une hernie étranglée et qui était arrivée au dernier degré du marasme, mon illustre maître intervint et la malade guérit. Dans ce cas que je cite, j'aurais intervenu, en privant le rectum de toute compression, je pouvais courir les chances d'une terminaison favorable. L'intervention était de rigueur, des précédents, quoique non analogues, permettant d'obtenir un résultat brillant.

Je sais bien que les cas de gastrotomie sont trop rarement suivis d'un succès et pour la mère et pour l'enfant, mais il y a des cas encourageants et dans cette occasion, il fallait suivre la voie tracée par quelques succès.

Je remarquerai ensuite que M. Chevalier, à propos du col utérin, dit qu'il ne présentait rien de caractéristique. Il signale la mollesse, la légère dilatation du col, mais il

n'indique pas la position qu'il occupe : c'était le point intéressant à élucider.

Comme conclusion de cette observation, je dirai que dans un cas semblable, j'aurais recours à l'intervention, quelle que soit la méthode employée.

Au moment de la rédaction de cette thèse, il s'est présenté un cas d'obstruction intestinale dans le service de M. Bouchard, à Lariboisière. M. Gingeaud, remplaçant ce dernier, a bien voulu me permettre de prendre l'observation de cette malade. Je le prie d'agréer mes plus vifs remerciements pour cette aimable courtoisie.

Quelques communications orales ont été faites ces derniers mois sur des occlusions intestinales succédant à la grossesse extra-utérine. Le cas que nous citons n'est pas précisément constitué par une *véritable occlusion* intestinale, il est probable qu'une partie de l'intestin est comprimée et que le tissu séreux qui le recouvre a subi une inflammation consécutive à celle du kyste fœtal.

Observation (personnelle).

Grossesse extra-utérine abdominale datant de six ans, arrivée à terme. — Mort de l'enfant. — Intervention chirurgicale nulle. — Obstruction intestinale.

Cette femme R..., couchée au n° 33, salle Sainte-Mathilde, est multipare, elle a eu trois enfants, le premier est venu au monde mort-né, ces trois accouchements se sont faits dans les meilleures conditions pour la mère.

Il y a six ans, elle entra à l'hôpital d'Amiens pour une grossesse.

Elle avait eu ses règles suspendues jusqu'au septième mois, et jusqu'au moment du terme, des hémorrhagies et des douleurs avaient accompagné l'évolution de sa grossesse. Le diagnostic fut fait et l'opération conseillée, mais la malade refusa catégoriquement toute intervention.

L'enfant mourut et les conditions dans lesquelles se trouva cette femme durent être peu marquées puisqu'elle ne donne à cet égard aucun détail précis, je dois dire que cette malade est fort peu intelligente.

Un an après, les règles apparurent de nouveau et jusqu'à quelques jours avant son entrée à l'hôpital Lariboisière l'état général était assez bon.

Marie R. est entrée le 24 avril, malade depuis le 21 soir. Les selles ont été complètement suspendues, elle a eu des vomissements bilieux.

Le jour de son entrée les mêmes signes ont été constatés, mais en plus quelques vomissements fécaloïdes ont été notés.

25. — Vomissements fécaloïdes au nombre de trois. Pas de selles. Température matin 38°,6. — Soir 38°,2.

Traitement. — Glace sur le ventre. Deux verres d'eau de Sedlitz. Potion de Rivière.

26. — Vomissements verdâtres, beaucoup moins fécaloïdes. Deux pilules, huile de croton, ont été données. Quelques selles noirâtres ont été obtenues. Un peu d'albumine dans l'urine. Température matin 37°8,. — Soir 38°.

Quand on découvre cette femme on trouve une tumeur grosse comme une tête d'adulte, au niveau de la région ombilicale.

Palpation. — On trouve une tumeur dure, arrondie, absolument immobile. La grosse extrémité est à droite, on sent manifestement de la crépitation osseuse, caractéristique, comme on sait, d'un enfant mort. Cette tumeur semble être la tête et occupe exactement la même situation que celle que nous signalerons chez notre malade de la clinique.

La peau glisse facilement au devant de cette masse ; elle est située sur la ligne médiane et est distante de quatre travers de doigt du bord inférieur des fausses côtes.

La palpation est assez douloureuse, mais par le fait de la complication, surtout du côté gauche.

Le ventre est à peine ballonné, on n'y sent pas de gargouillements ; les intestins ne se dessinent nullement à travers les parois abdominales.

Toucher vaginal. — Le col est porté assez fortement au niveau de la symphise pubienne ; orifice externe arrondi, consistance normale.

Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une masse dure, immobile, irrégulière ; mais la malade accusant beaucoup de douleur en ce moment, je réserve à plus tard un examen plus complet.

27. — Pendant toute la journée du 27, l'état de cette femme n'a pas été trop mauvais. Pas de nouveaux vomissements. Selles régulières. Un peu de hoquet.

Temp. matin 38°,2. — Soir 38°,6.

28. — Même état.

Temp. matin 38°. — Soir 38°.

29. — Hier à partir de la visite, trois vomissements verdâtres et alimentaires. Pas de garde-robe depuis deux heures de l'après-midi. Même traitement.

Temp. matin 38°,2. — Soir 38°,4.

30. — Vomissements fécaloïdes. Trois selles liquides, noirâtres, horriblement fétides.

Temp. matin 39°. — Soir 39°,4.

1er mai. — Vomissements verdâtres. Une selle liquide. Hoquet fatigant.

2. — Plusieurs selles liquides. Vomissements fécaloïdes.

3. — Hoquet plus violent, laissant peu de répit à la malade. Vomissements fécaloïdes. Trois selles liquides.

Température variant depuis le 1er mai entre 37°,6 et 38°,2.

4. — Hier dans l'après-midi trois selles liquides ; vomissements porracés, pas de vomissements fécaloïdes. Douleurs abdominales assez vives surtout au niveau de la région épigastrique.

Temp. matin et soir 37°,6.

5. — Un seul vomissement fécaloïde. Pas de selles. Hoquet.

Temp. matin 37°,6, soir 37°,8.

6. — Selles liquides. Pas de vomissements. Appétit. État assez bon.

Temp. matin et soir 38°.

7 et 8. — Même état.

Toucher vaginal. — Il est fort difficile d'arriver sur le col qui maintenant est refoulé en bas et en arrière, il est excessivement dur. Col de multipare. Longueur normale. Le corps de l'utérus est facilement reconnaissable, mais tout autour de lui et remontant au-dessus du détroit supérieur on tombe sur une tumeur volumineuse, dure, tendue, chaude, peu douloureuse, absolument immobile; le doigt promené à ce niveau ne peut sentir aucune partie fœtale et on ne peut obtenir la crépitation que j'ai déjà signalée à la région abdominale.

Le toucher rectal ne donne aucun autre renseignement.

9 mai. — État général assez bon.

10. — Douleurs abdominales, pas de vomissements, une garde-robe avec un lavement purgatif. Temp. m. et s., 38°,4.

11. — Pas de vomissements, douleurs abdominales et selle liquide avec un lavement. Glace, collodion. Un lavement purgatif.

Température. M., 38°,4. S., 38°,8.

12. — Deux vomissements fécaloïdes. Pas de selles. Lavement purgatif et potion de Rivière.

Mensuration. — Diamètre transversal de la tumeur = 24 centimètres.

Diamètre vertical. A partir de la symphise pubienne jusqu'au bord supérieur du kyste fœtal, on trouve 20 centimètres.

Que deviendra cette malade? Il est fort difficile de se prononcer, l'état local ne semble pas être trop inquiétant pour porter un pronostic fâcheux. Mais, si avec quelque reprises de mieux être cette femme présentait pendant quelques semaines des rechutes semblables à celles que nous avons signalées, je crois qu'il faudrait s'adresser à un

intervention chirurgicale. Sans cela, la vie pourrait être exposée et alors il serait trop tard pour agir avec efficacité.

HYDROPISIE DE L'AMNIOS

En 1872 se présentait dans le service de M. Depaul une femme atteinte de grossesse extra-utérine abdominale compliquée d'hydropisie de l'amnios.

Ce cas était fort intéressant car il est unique dans les annales de l'obstétrique ; j'ai consulté à cet égard un très-grand nombre d'observations où cette complication n'a jamais été signalée. Cette circonstance insolite, dit M. Depaul, expliqua l'erreur de diagnostic qui fut commise. Le volume du ventre était si considérable que les parties fœtales ne pouvaient pas être reconnues par l'exploration, ce qui est une exception puisque nous savons déjà que le fœtus est très superficiellement placé. De plus ce qui avait augmenté les chances d'erreur, c'était la portion du col qui au lieu d'être refoulé en haut et en avant au dessus de la symphise du pubis était au contraire porté en arrière.

M. Depaul termine en disant qu'il regrettait de ne pas avoir accordé à la consistance du col qui était peu modifiée l'importance qu'elle méritait, ce qui est un point pour ainsi dire pathognomonique surtout quand on rencontre les signes physiques de la grossesse.

MARCHE

Quand on interroge la malade sur l'évolution de sa

grossesse, il ne faut jamais manquer de rechercher aussi exactement que possible le point de départ de la maladie ; en effet, le médecin apprend assez souvent le mode du début. La malade nous dit qu'elle a remarqué certains signes qui ne se sont pas manifestés dans les grossesses antérieures. C'est ainsi que le ventre a plus vite augmenté, que des douleurs plus ou moins vives l'ont très fortement incommodée, que des hémorrhagies ont eu lieu qui l'avaient beaucoup frappée, etc. D'autres fois rien de particulier n'a été noté, et le médecin est appelé à l'époque du faux-travail dont nous parlerons plus bas.

Il arrive, ai-je dit, assez souvent que la malade indique le point de départ de la tumeur ; elle a apparu sous forme d'une petite grosseur au-dessus d'une des régions inguinales (au côté gauche surtout, au dire de Dezciméris), puis la tumeur a augmenté de volume, elle s'est engagée dans la région abdominale, se portant en haut et en sens inverse du point primitif. Le ventre se développe de plus en plus et quelquefois plus rapidement que dans une grossesse ordinaire. Nous avons vu que dans quelques cas l'évolution du kyste fœtal se faisait dans les meilleures conditions ; ailleurs l'allure tranquille de la maladie laissait la place à des phases plus ou moins orageuses.

DURÉE

Il est rare que la grossesse extra-utérine se prolonge au-delà du troisième ou cinquième mois, et c'est surtout dans la variété tubaire que cette période est observée.

Il existe cependant des exemples où la grossesse tubaire a pu atteindre les 9 mois révolus, mais je dois dire que toutes les garanties nécessaires ne sont pas venues entourer les cas que je vais citer.

1° Spiegelberg.

2° Hofmérer. *Laparatomie*. Mort.

3° Ouvrard. Enfant vivant. *Archives générales de médecine*. 1re série, t. XII. p. 139, 1826, cas très-douteux.

4° Dr Chandler. La démonstration anatomique est loin d'entraîner les esprits.

5° Saxtorph. Cas publié dans les actes de la *Société royale de médecine* de Copenhague.

Bien plus fréquents sont les cas où la grossesse abdominale a pu arriver à terme ; je trouve dans la mémoire de Smet le tableau suivant de l'époque à laquelle sont arrivées 84 grossesses abdominales.

15 jours.	1 cas
3 semaines	1
De 1 à 2 mois	18
De 1 à 2 1/2 mois	4
3 mois	5
3 à 5 mois	22
6 à 8 mois	15
9 mois.	18
	84

On voit que les époques les plus fréquemment atteintes sont :

8 cas.	1 à 2 mois
22 —	3 à 5 mois
18 —	9 mois

Voici quelques résultats recueillis par Cauwenberghe.

Variété tubaire

Fœtus de 4 mois	—	4 cas
5 »	—	3
6 »	—	2
8 »	—	2
9 »	—	6

Malgré sa grande pratique, Hecker ne signale aucun cas de ce genre. Sur ces six grossesses parvenues à terme, Cauwenberghe ajoute que les seuls cas parvenus à notre connaissance qui semblent devoir nous faire admettre l'existence d'une véritable grossesse tubaire parvenue à terme, ont été observés par Lanner et Habel'schtschihoff (1).

Variété abdominale

119 cas observés.

La grossesse avait duré

2 mois	dans	2 cas
3	—	3
4 à 5	—	6

1. Monatschrift fur Geburtskunde 1855.

La grossesse avait duré

5	mois dans	4 cas
6	—	6
7	—	8
8	—	5
9	—	81
10	—	1
23	—	1
3	—	1
20	—	1

Donc 81 cas sur 119 sont arrivés à terme, la proportion est considérable et plus marquée que dans le relevé de Smet.

TERMINAISON

Abandonnée à elle-même, la grossesse extra-utérine se termine ou bien par la rupture du kyste fœtal ou bien par la mort de l'enfant avec conservation du kyste qui l'entoure.

La rupture du kyste soit naturelle, soit accidentelle, s'accompagne de tous les signes d'une hémorrhagie interne suivie de mort de la femme ou d'une péritonite dont les conséquences, au point de vue de la vie de la mère, sont très variables. La mort est la terminaison la plus fréquente, il existe cependant des cas où la malade a pu traverser heureusement les complications les plus effrayantes.

L'enfant meurt et alors apparaît ce qu'on a appelé la période de faux-travail, c'est-à-dire des phénomènes expul-

sifs simulant le travail de l'accouchement naturel. Bien que coïncidant avec la mort de l'enfant, il peut reparaître dans la suite deux et trois fois. Il ne se montre pas immédiatement après la mort du fœtus, mais bien deux, trois et quatre jours après. Il ne tarde pas à apparaître un phénomène intéressant sur lequel je dois m'appesantir un moment, je veux parler de l'expulsion de lambeaux de muqueuse utérine. Friedreich y attache une très grande importance et avec Cohnstein, il signale comme constante l'expulsion de la caduque. Sans être aussi affirmatif, M. Depaul croit à son extrême fréquence se basant non-seulement sur l'aspect de la muqueuse, mais surtout sur l'examen histologique. On a vu la période du faux-travail apparaître sans présenter jamais aucune trace de caduque, mais il est fort probable que dans ces cas la caduque a été fragmentée en mille menus morceaux et nageait dans la masse sanguine.

Le faux-travail est précédé par des douleurs abdominales, des coliques et en général les phénomènes qui accompagnent une menstruation difficile. Ces douleurs sont la plupart du temps manifestement expulsives tout comme dans une grossesse normale, elles sont calmées par l'expulsion d'un lambeau de caduque et à la suite la malade goûte un peu de calme et de repos, mais les douleurs réapparaissent pour être de nouveaux calmées par une expulsion de caduque. Et cet état alternatif de calme et de phénomènes douloureux peut durer quinze à vingt jours. Pendant ce temps la malade ne dort que difficilement, l'appétit est très faible, le facies grippé, l'amaigrissement est rapide, la sécrétion lactée apparaît.

Il arrive quelquefois des cas où les urines deviennent

sanguinolentes, la miction est difficile. Le médecin n'est pas à l'abri d'aucun souci, bien loin de là, que de complications qu'il prévoit et qui peuvent emporter la malade !

L'enfant est donc mort, les membranes qui l'entourent ne se sont pas rompues, que deviendra le kyste fœtal ?

Ou bien il se rompt et la péritonite apparaît emportant la malade. Ou bien diverses modifications que subit le kyste fœtal permettront à la mère de pouvoir vivre. M. Lempereur a consacré à cette question une très-remarquable monographie. « Le kyste peut subir le ramollissement, la fonte putrilagineuse ; et d'autres fois les tissus disparaissent, le fœtus se trouve réduit à son squelette seul, squelettisation fœtale, induration, ossification et pétrification. » Tout autant de modifications qui permettent de comprendre la tolérance du péritoine et la possibilité de vivre de très longues années ; les cas en sont assez fréquents.

Quatre-vingt-cinq cas observés par Cauwenberghe.

Cinquante-six guérisons. Vingt-neuf morts.

Si la malade a pu franchir deux ou trois mois après la mort de l'enfant, sans présenter de troubles notables dans sa santé, je crois que dans l'immense majorité des cas elle est désormais à l'abri de tout danger. Souvent un mois après la mort du fœtus, à la suite d'un coup, d'une chute, le kyste, qui jusque là n'avait amené aucun retentissement bien marqué sur l'état général de la malade, s'enflamme, suppure et la pauvre femme est rapidement enlevée par cette complication.

Il est des cas malheureusement trop rares où malgré l'inflammation du kyste fœtal, la malade a pu guérir radicalement.

En effet sous l'influence de cette inflammation, les parties voisines contractent avec le kyste des adhérences plus ou moins solides. D'abord ulcérés, les points adhérents se laissent perforer et livrer passage à telle ou telle partie du fœtus. C'est là un mode de terminaison dont tout le bénéfice appartient à la nature, comme dans tant de choses du reste !

Quelles voies suit le kyste fœtal pour s'échapper à l'extérieur? Elles sont variables, mais c'est surtout par le rectum et l'S iliaque que passent les débris du fœtus, la proximité de rapports permet de comprendre cette préférence.

La vessie, le vagin, l'abdomen, l'ombilic, l'intestin grêle, sont encore des voies à travers lesquelles les débris fœtaux s'échappent à l'extérieur. Il se trouvait au début de cette année une femme ayant été atteinte de grossesse extra-utérine, dans le service de M. Laboulbène. Elle rendait par l'urèthre de petits débris de fœtus, mais il est impossible de publier cette observation.

Le kyste fœtal peut ainsi séjourner un temps indéfini dans le ventre de la mère qui peut recouvrer une excellente santé et même concevoir de nouveau et accoucher heureusement plus tard, car je n'ai pu trouver nulle part si une grossesse anormale pouvait prédisposer à une nouvelle et semblable grossesse.

La menstruation s'établit difficilement, je ne puis pas indiquer l'époque à laquelle les règles apparaissent de nouveau, cependant elles éprouvent un retard parfois très considérable, car il ne faut pas considérer comme règles les pertes sanguines qui persistent après la mort de l'enfant et qui n'ont dans leur marche aucune périodicité.

Quand l'enfant vient de mourir, il est sage de ne pas s'adresser au toucher vaginal, la malade souffre trop pour ne pas exagérer ses douleurs.

Plus tard, quand le kyste vient à s'enflammer, au lieu de tomber sur une surface molle, irrégulière, le doigt touche une surface tendue, chaude et douloureuse.

Le ventre diminue chaque jour, mais pas aussi rapidement qu'on pourrait le croire, le diamètre transversal s'affaisse moins que le diamètre vertical, et l'on rencontre quelquefois un œdème des parois abdominales, surtout au niveau de la plus grande masse du fœtus.

PRONOSTIC

Pour la femme, le pronostic est moins fatalement funeste que pour l'enfant.

Je prends les quarante-trois grossesses récentes citées par Cauwenberghe et l'on trouve : 33 cas de mort, 10 guérisons.

Pour l'enfant, le pronostic est d'ordinaire absolument fatal, les cas où une opération opportune et bien faite a été suivie de succès se comptent malheureusement.

Nous avons signalé les complications que pouvait subir une grossesse extra-utérine pour insister davantage sur le pronostic de cette anomalie.

Quelques femmes franchissent les pas les plus difficiles, la mort enlève les autres ; et tant que le fœtus persiste dans la cavité abdominale, il est sage de répondre d'une

façon évasive sur le pronostic définitif ; quelqu'un qui concluerait à l'abri de tout péril commettrait une imprudence, des événements tardifs pourraient survenir et faire regretter au médecin cet excès de confiance.

DIAGNOSTIC

Dans le cours de la symptomatologie nous avons indiqué l'obscurité qui entoure un diagnostic anticipé de la grossesse extra-utérine, cela s'observe surtout jusqu'au moment où l'auscultation et les mouvements de l'enfant enlèvent toute erreur, bien entendu comme existence d'un être vivant, ce qui est déjà quelque chose dans les éléments de la discussion. Ce qui frappe c'est l'irrégularité des signes, rien de bien nettement tranché, telle femme a tel symptôme qui ne s'observe pas ou à peine chez une autre malade.

Et, comme le fait très justement remarquer M. le Dr Duboué, lorsque tous les symptômes sont irréguliers, il est souvent difficile, parfois même impossible de caractériser l'état morbide ; et si l'on ne parvient pas à le déterminer, on peut dire du moins *a priori* que l'on a affaire à un fait exceptionnel.

En effet, dans notre étude des symptômes nous avons noté les douleurs, les pertes sanguines, l'aspect superficiel de la tumeur, la situation qu'elle occupe est révélée par l'exploration du canal génital. Tout cela n'est pas au grand complet et cependant ces signes indiquent une anomalie dont l'importance ne doit pas nous échapper.

Est-il facile de confondre une grossesse anormale avec une gestation ordinaire? La réponse est affirmative, et bien des erreurs ont été commises par les maîtres eux-mêmes, les exemples les plus frappants en sont connus. D'où vient cette difficulté? De ce que les médecins ont attaché une trop grande importance à tel signe en particulier. M. Depaul dans les cas de ce genre se base sur l'ensemble des symptômes qui se présentent à l'observation, et réunis en un seul faisceau, ils entraînent dans l'esprit une plus grande conviction.

D'ordinaire les signes rationnels ressemblent à ceux d'une grossesse normale; je dois dire que dans quelques cas il n'en est pas ainsi. Je laisse la parole à Burns : « Les symptômes au début sont généralement plus violents que si la grossesse était ordinaire; ils vont même quelquefois en augmentant à mesure que la grossesse se développe. » Cela est vrai parfois, mais on avouera que lorsque vous observerez une femme dans des cas douteux, vous êtes plus porté à diagnostiquer une grossesse normale, et l'intensité des phénomènes du début sera plutôt porté sur le compte d'un tempérament particulier. Car il est fréquent d'observer des grossesses normales difficiles et qui se terminent tout naturellement.

Champion regarde comme un signe important une sensation de malaise et de pesanteur dans le bassin qui se propage aux lombes. Cela s'observe tout aussi fréquemment dans une grossesse normale.

Quels sont donc les signes qui permettent de distinguer ces deux genres de grossesse?

Nous savons que jusqu'à quatre mois, ou au commen-

cement du cinquième on ne peut rien affirmer, mais à partir de cette époque on a des signes qui permettent d'être plus affirmatif. Dans la grossesse anormale, nous avons parlé de la position superficielle du fœtus, des phénomènes douloureux qui enlèvent à l'évolution ce qu'elle pourrait avoir de tranquille, des troubles menstruels.

Le toucher vaginal tranche toutes les difficultés. Jamais dans une grossesse ordinaire, à moins de complications, le col n'éprouve les déviations que nous avons signalées dans la grossesse anormale ; il est surtout *en bas* et en *arrière* et *un peu à gauche*. Ici le col est fortement ramolli, M. Depaul insiste, au contraire, sur la non-harmonie qui existe entre la consistance du col et l'époque présumée de la grossesse.

Dans la grossesse extra-utérine le corps de l'utérus est loin d'éprouver les modifications qu'il éprouve ordinairement, enfin il est impossible d'obtenir le phénomène du ballotement.

L'auscultation est-elle utile ? Elle l'est pour constater la vie de l'enfant, mais pour différencier la grossesse, non.

Nous avions vu déjà que M. P. Dubois attachait une grande importance au souffle placentaire, mais il n'existe pas toujours, et quand il existe, c'est dans l'utérus et non au niveau du kyste fœtal, ce qui prouve, ajoute M. Depaul, que c'est bien dans les veines utérines qu'il faut localiser le souffle utérin.

M. Kœberlé croit pouvoir affirmer que le souffle existe quand le placenta s'insère sur la paroi abdominale.

Voici un cas rapporté par Bricheteau, où la présence

du souffle utérin entraîna une déplorable erreur de diagnostic :

Observation III

Tumeur abdominale prise pour une grossesse ovarique (résumé. Jobert de Lamballe.)

Une femme chez laquelle on reconnut plusieurs signes de la grossesse et qui présentait un bruit de souffle très-manifeste dans la région occupée par la tumeur fut soupçonnée de porter le produit d'une grossesse ovarique. La gastrotomie fut pratiquée, et l'on ne trouva aucune trace de grossesse. La femme mourut le sixième jour.

Le toucher rectal confirme ce que nous a appris le toucher vaginal, à savoir la localisation de la tumeur au niveau d'un des culs-de-sac du vagin (le postérieur le plus fréquemment), sa forme, sa consistance, le peu de tissus qui la séparent du doigt explorateur.

L'hystéromètre constaterait la vacuité de l'utérus s'il s'agit d'une grossesse anormale.

Enfin le développement de la tumeur est utile à connaître ; s'agit-il d'une anomalie, le kyste fœtal se développe sur les parties latérales du petit bassin, gagne peu à peu la région abdominale et en augmente le diamètre transverse aux dépens du diamètre vertical. Dans la gestation ordinaire l'utérus augmente de volume sur la ligne médiane et le diamètre vertical augmente davantage que le diamètre transverse.

La présentation du tronc est la variété de grossesse normale qui pourrait se rapprocher le plus de la grossesse extra-utérine ; car elle exagère le diamètre transverse comme

la grossesse anormale, mais le toucher vaginal enlève rapidement les doutes. Dans la grossesse anormale l'utérus est indépendant de la tumeur, rien de cela n'existe dans la grossesse habituelle.

A propos du diognostic différentiel que nous venons de tracer, Chailly cite un cas très curieux : « Nous vîmes cette année 1849, M. Ricord et moi, un médecin qui s'est cependant beaucoup occupé de tout ce qui regarde la génération, affirmer à une de ses clientes, qui pensait être grosse de trois mois, qu'elle portait une grossesse extra-utérine. Il lui laissa un dessin représentant la situation du fœtus et lui détailla les procédés opératoires qu'il se proposait de mettre en usage (la gastrotomie).

Cette pauvre dame, terrifiée, vit le médecin en noir, et ne fut ni plus éclairée ni plus rassurée. Enfin une consultation devait avoir lieu avec Velpeau et Andral le samedi, lorsque le jeudi je constatai l'existence d'une grossesse parfaitement normale, et l'accouchement eut lieu dans les meilleures conditions.

On avait percé les membranes en sondant l'utérus pour constater la prétendue vacuité de l'utérus, et par suite, l'existence d'un produit extra-utérin. »

Cette dernière phrase cite l'emploi de l'hystéromètre et l'on voit que les membranes ont été rompues ce qui aurait pu amener des complications. C'est encore là une observation qui m'éloigne de l'emploi de cet instrument.

De plus on ne doit jamais faire part à la malade de l'anomalie qui la frappe, ici plus qu'en aucun cas, le moral doit être aussi calme, aussi tranquille que possible.

La moindre peur peut avoir des conséquences fâcheuses pour la vie de l'enfant, et partant pour celle de la mère.

Dans quelques cas, le diagnostic pourrait être encore incertain ; pour l'assurer définitivement, M. Friedrich conseille l'exploration de la cavité utérine avec la curette qui peut ramener des lambeaux de caduque et confirmer le diagnostic.

Je crois que ce moyen ,très violent, n'a guère été employé que par l'auteur que je viens de citer. Il est violent car la femme éprouve très souvent des douleurs qui mettent empêchement à une telle exploration ; de plus, il est dangereux car le décollement de l'œuf (si la gestation est normale) peut en résulter. Donc mauvais moyen. Il est mis en usage par Cohnstein, d'Heidelberg.

Le professeur Heim (1) n'attachait aucune importance au toucher vaginal. Voyez en effet sur quels signes il se fondait pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine.

Douleurs intermittentes analogues à celles de l'accouchement, apparaissant quelquefois dès la quatrième semaine, écoulement par le vagin de mucosités sanguinolentes, douleur fixe et circonscrite dans un point quelconque du ventre, gémissements extraordinaires, modification des traits du visage, rétraction remarquable du nombril. » Mais, comme le disent MM. Stoltz et Depaul, rien de plus fugace, et rien d'aussi peu probant que ces signes.

Quelle importance faut-il ajouter à la coloration lie de vin du vagin ? Disons d'abord qu'elle n'existe pas toujours. Jacquemier, Parent-Duchâtel et après eux Huguier se sont

1. Horn's Archiv. 1812.

servi de ce signe dans le diagnostic. Il est évident qu'il n'est utile qu'autant qu'il s'accompagne d'autres symptômes de la grossesse. Cependant il devient important quand le doute flotte entre une tumeur du petit bassin ou une grossesse anormale ; dans ce cas, il tranche aisément la difficulté et la grossesse doit être affirmée.

Le diagnostic devient horriblement difficile quand on a affaire à une grossesse extra-utérine double, l'autopsie seule permet de le faire. Deux cas semblables ont été signalés par M. Rupin, de Vitré, et par le professeur Delacour de Rennes.

Et cependant il serait utile de connaître la présence d'un kyste fœtal à son début. En effet, dit M. Frankel, et Friedreich adopte son opinion, s'il est reconnu dans les douze premières semaines, un kyste fœtal doit toujours être ponctionné, puis injecté avec de la morphine, puis extraire le fœtus ; il faut opérer de bonne heure, car alors on peut bourrer le sac avec des tampons, sans le faire éclater.

PELVI-PÉRITONITE

Nous devons signaler cette cause d'erreur qu'il est difficile d'éviter quand on n'arrive auprès de la malade qu'après la rupture du kyste fœtal. On n'observe que des phénomènes de péritonite et d'hémorrhagie, et si l'on n'est prévenu de rien, l'erreur est fatalement commise. Mais on doit s'informer s'il a existé antérieurement des signes de grossesse, puis, une fois que les douleurs sont calmées,

faire le toucher vaginal qui permettra d'étudier les changements de consistance du col que nous avons signalés. Les orifices du col sont souvent entr'ouverts, mais surtout l'orifice externe qui permet quelquefois l'introduction du petit doigt. Rien de cela dans la péri-métrite. Enfin la présence d'une poche tendue, douloureuse, la possibilité de tomber sur certaines parties du fœtus, le gonflement des seins ne permettent plus la moindre erreur.

M. Siredey et avec lui Danlos, passant en revue ces signes, ajoutent qu'il sera permis tout au moins de soupçonner, sinon d'affirmer l'existence d'une grossesse extra-utérine. Je ne partage pas leur timidité à cet égard, car les quelques symptômes que j'ai cités ne sont et ne peuvent être justiciables que de la grossesse extra-utérine.

Tout ce que je viens de dire s'applique, avec quelques nuances en moins, au phlegmon du ligament large.

Les kystes hydatiques du bassin n'ont que des analogies lointaines avec la maladie que nous étudions. Ils semblent émerger de la concavité même du bassin, on reconnaît qu'ils se développent dans les régions sous-péritonéales et qu'ils n'ont avec l'utérus et les culs-de-sac du vagin aucune continuité. Le col utérin n'a rien, les douleurs, les hémorrhagies etc. ne s'observent pas comme dans la grossesse extra-utérine.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

L'hématocèle s'entoure souvent d'un grand nombre de signes qui permettent de la confondre avec la grossesse

extra-utérine, mais j'ai hâte d'ajouter que les difficultés n'existent que jusqu'à quatre mois environ. Et c'est surtout la grossesse tubaire qui a le plus d'analogie avec l'hématome rétro-utérin. Celui-ci après des phases plus ou moins douloureuses apparaît brusquement en produisant chez la malade des souffrances atroces. La grossesse tubaire affecte la même marche. Celle-ci, nous l'avons déjà dit, s'accompagne de pertes sanguines, l'hématocèle au lieu de supprimer les règles, les rend plus abondantes et plus douloureuses. La grossesse abdominale, au contraire, suspend d'ordinaire la menstruation comme une gestation anormale. Rien de semblable dans l'hématocèle. Comme pour la grossesse tubaire, on note des secousses inflammatoires dans l'abdomen aux époques des règles.

Mais ce qui différencie immédiatement la grossesse extra-utérine tubaire de l'hématocèle, c'est la constatation des principaux signes rationnels de toute grossesse. Ces signes sont loin d'être toujours obtenus ; en effet, une femme arrive à l'hôpital, elle a eu une ou plusieurs syncopes et tous les phénomènes d'une hémorrhagie interne. Cet accident est survenu, je suppose dans les premières semaines d'une grossesse tubaire qu'il est impossible de reconnaître, eh bien ! dans ce cas, on ne peut savoir devant quelle affection on se trouve. Le toucher apportera-t-il plus de clarté ? Pas plus qu'auparavant, la tumeur existe au niveau du cul-de-sac rétro-utérin, dans les deux cas, on a une masse molle, fluctuante, douloureuse. Qu'arrive-t-il alors ? On ne pense pas à une grossesse tubaire et l'on porte comme diagnostic : hématocèle rétro-utérine. Si la malade succombe à la péritonite au milieu d'un amas de sang plus ou moins

décomposé, on trouve le corps du délit, c'est-à-dire l'œuf.

Voilà pourquoi M. Gallard signale dans l'étiologie et le mécanisme de l'hématocèle la possibilité de la grossesse extra-utérine tubaire. Je suis convaincu que dans un grand nombre de cas, l'hématocèle est symptomatique d'une grossesse anormale, et dans un bon nombre d'observations on a touvé l'œuf humain. Chez qui signale-t-on la plus grande fréquence des hématocèles rétro-utérines? chez les prostituées ; cela a été très-clairement démontré par Parent-Duchâtelet et M. Aug. Voisin adhère à cette opinion.

Du reste la plupart des observateurs partagent cette idée. Or si, au dire d'Astruc, « les grossesses anormales sont plus ordinaires dans les veuves et les filles sages parce que la crainte, la honte, le saisissement dont ces femmes sont atteintes dans un embrassement illicite y ont beaucoup de part », ne pourrait-on pas admettre que les excès vénériens chez les filles publiques au début de leur carrière n'apportent un trouble profond dans la marche de l'œuf fécondé et ne le fasse tomber dans un des culs-de-sac du vagin ? Quoi qu'il en soit, la plupart des hématocèles ne sont au début que des grossesses tubaires.

Est-ce à dire que même dans les premières semaines on ne puisse faire un diagnostic certain ? Je crois qu'il est possible dans le plus grand nombre des cas, si on a soin de rechercher dans les linges l'œuf du fœtus, et le plus souvent on le trouvera. Cependant, dit Grisolle, « la rapidité avec laquelle s'est déclarée la tumeur sanguine, sa mollesse, l'impossibilité de constater aucune partie du fœtus, feront

exclure l'idée d'une grossesse extra-utérine. » Cela est vrai, mais la grossesse anormale n'est pas toujours reconnue et la quantité de sang peut masquer le fœtus et même la dureté tardive de l'hématome pourrait être une partie fœtale. Donc rien de plus difficile au début qu'un diagnostic certain, la caduque, en partie, peut seule donner des éléments tout à fait affirmatifs.

Au contraire se trouve-t-on en présence d'une tumeur datant de quatre mois à quatre mois et demi, l'erreur peut être moins souvent commise et dans ces cas la grossesse abdominale doit être particulièrement signalée.

Dans les deux cas, du moins le plus fréquemment, la masse occupe le cul-de-sac postérieur, même compression du côté de la vessie et du rectum, même refoulement de l'utérus tout entier en avant, phénomènes douloureux analogues car dans les deux cas les péritonites se produisant coup sur coup sont signalées. Mais le toucher vaginal fait presque à lui seul le diagnostic. Arrivée à cette époque, la tumeur sanguine a un volume beaucoup moins considérable que dans la grossesse abdominale. De plus dans la grossesse on parvient sur des surfaces inégales, irrégulières, séparées du doigt par une très-faible épaisseur de tissu et il arrive assez souvent qu'on sentira des cylindres osseux. Presque toujours (si l'enfant vit naturellement) le doigt explorateur sent les mouvements de l'enfant.

L'utérus, dans les cas d'hématocèle, est beaucoup enclavé au milieu de la masse sanguine, au contraire, dans la grossesse abdominale (toujours vers le 4e mois), il est indépendant du reste de la tumeur. Le col est refoulé dans les deux cas au niveau de la symphise pubienne ma

dans l'hématocèle il n'a pas cette diminution de consistance que nous avons signalée dans la grossesse abdominale. Ce point seul suffit, je crois, pour le diagnostic, on ne l'observe jamais dans l'hématocèle. Bientôt les signes physiques de la grossesse viendront confirmer le diagnostic. Si on n'a pu percevoir ceux-ci, l'attention doit se porter sur le volume de l'utérus qui est plus considérable que dans l'hématocèle, en particulier dans l'hématocèle symptomatique de rétention menstruelle.

La palpation abdominale donne-t-elle des indications utiles à enregistrer? Je ne le crois pas, au début du moins; plus tard le diagnostic est facile à faire. Le volume de la tumeur sanguine n'empiète pas sur le ventre dans une si grande étendue que lorsqu'il s'agit d'une grossesse abdominale. Fréquemment celle-ci affecte des adhérences avec la paroi abdominale et l'on ne peut faire glisser la peau sur les parties fœtales, phénomène qui ne s'observe jamais dans l'hématocèle. Mais je dois dire que ce signe ne se trouve que vers les derniers mois de la grossesse. Enfin la forme du ventre dans le cas d'hématocèle ne présente pas cet aspect irrégulier et cette augmentation de diamètre transverse que nous avons notés dans la grossesse abdominale.

La marche des deux maladies n'est pas la même; l'hématocèle a un début brusque et d'emblée le maximum de développement est acquis; au contraire, la grossesse extra-utérine abdominale procède avec lenteur et souvent sans retentissement appréciable sur l'état général. Si l'enfant est mort, le diagnostic erre entre une grossesse extra-utérine et une hématocèle, on fait une ponction; issue d'un liquide sanguin fétide; jusque là rien de bien tranché, mais

si au milieu de ce liquide on trouve des par celles osseuses, le diagnostic est fait.

M. Gallard est très sceptique eu égard aux phénomènes qui permettent de différencier la grossesse anormale d'avec l'hématocèle péri-utérine. « Il ne s'étonne nullement de l'erreur de diagnostic qui peut être commise quand on prend une grossesse extra-utérine pour une hématocèle. Il va même jusqu'à croire qu'au point de vue clinique il est impossible de les différencier l'une de l'autre, et allant plus loin, il se demande s'il y aurait réellement une différence anatomique appréciable et si le plus grand nombre des hématocèles péri-utérines seraient autre chose que de véritables grossesses extra-utérines dans lesquelles le germe aurait été étouffé par suite de l'accumulation de sang résultant de l'hémorrhagie.

Dolbeau ne trouvait pas cette opinion complètement en harmonie avec les faits qu'il avait observés, et ne croyait pas que, dans les cas où l'on ne retrouve pas l'ovule au milieu des caillots, on puisse le regarder comme la cause de la maladie. M. Voisin trouve cette théorie de M. Gallard trop exclusive. Quoi qu'il en soit dans la plupart des cas, l'opinion émise par M. Gallard est parfaitement vraie.

CORPS FIBREUX

Dans quelques cas, les corps fibreux ont été pris pour une grossesse extra-utérine, l'erreur a été souvent commise. Je cite d'abord deux observations qui montreront, en

passant, qu'il n'est pas toujours facile de porter un diagnostic certain.

Mme Boivin rapporte l'observation d'une dame qui portait depuis quatorze ans, une tumeur située au-dessus de l'aîne droite, jusqu'à trente ans et qui allait en augmentant chaque jour. La malade cessa un jour de voir. M. Désormeaux qui fut appelé auprès d'elle, diagnostiqua une grossesse extra-utérine. Cette personne au bout de neuf ans succomba à des accidents étrangers à sa tumeur.

L'autopsie fut faite, on ne trouva pas de kyste fœtal, mais bien un certain nombre de tumeurs fibreuses extra-musculaires de l'utérus.

Simson cite le cas d'une dame primipare présentant une tumeur fibreuse à la paroi antérieure de l'utérus et qui avait été prise pour une grossesse extra-utérine. La forme peu ordinaire du ventre avait occasionné cette erreur de diagnostic.

S'il est quelquefois difficile de reconnaître manifestement un ou plusieurs corps fibreux de l'utérus, dans la plupart des cas cependant, on possède un ensemble de symptômes qui ne permettent aucune erreur.

Quand le fibrome a pris un certain développement, et qu'il occupe la région abdominale, le palper parvient à circonscrire une ou plusieurs tumeurs dures, non douloureuses, plus ou moins arrondies, glissant facilement sous la main qui explore. Quelques fibromes pédiculés ont une mobilité qui pourrait avoir certaine ressemblance avec les mouvements passifs d'un fœtus, mais M. Kœberlé fait jus-

tement remarquer qu'on pense plutôt alors à une tumeur enkystée de l'ovaire.

Dans la grossesse extra-utérine la palpation ne donne pas de semblables résultats ; quoique superficiellement placées, les parties fœtales ne sont pas si aisément circonscrites, leur surface est moins dure, moins résistante, quelquefois on parvient à sentir une fluctuation plus ou moins profonde, nulle dans les fibromes. Si l'enfant vit encore, si la grossesse a dépassé le cinquième mois, les mouvements actifs et passifs du kyste fœtal enlèvent rapidement toute hésitation.

Dans les corps fibreux la menstruation est fortement troublée, on note de fréquents écoulements de sang ; cela se voit souvent dans la grossesse extra-utérine, mais celle-ci s'accompagne (et j'ai en vue la grossesse abdominale) fréquemment de suppression des règles qui, comme le disent les auteurs, sont prolongées dans les fibromes utérins.

Le toucher vaginal a-t-il de l'importance ? Oui, certainement ; en effet, on trouve immédiatement que les culs-de-sac sont libres, les fibromes se trouvant surtout dans la cavité de la matrice ou dans le péritoine. Le fibrome peut bien proéminer, en avant, en arrière et produire tantôt des phénomènes du côté de la vessie, tantôt des troubles dans la défécation. Ces signes sont notés dans la grossesse anormale mais avec une intensité plus vive. Le col de l'utérus n'est jamais placé si profondément au-dessus de la symphise du pubis.

Quelquefois les troubles digestifs apparaissent, analogues à ceux de la grossesse, les seins gonflent enfin, et si la

malade dit qu'elle ressent *des mouvements* dans le ventre, on pense à une grossesse.

Et ce qui vient encore nous confirmer dans cette idée, c'est cette singulière simulation du faux-travail qui a été signalée ; la malade accuse des douleurs, des tranchées utérines ; le col se dilate, du sang s'écoule, et si vous touchez la femme, vous ne sentez rien qui ressemble à un enfant. Souvent le doigt introduit entre les lèvres du col atteint le corps du délit et le diagnostic de fibrome est par là même assuré.

Mais, dans la grossesse extra-utérine le faux-travail est noté, et à côté il y a d'autres signes qui font éloigner toute idée de fibrome utérin : les mouvements de l'enfant, l'auscultation, le toucher vaginal lui-même, la présence du lait dans les seins, les modifications extérieures qu'ils éprouvent.

Les corps fibreux ne produisent jamais les douleurs aussi vives que la grossesse extra-utérine où nous notons souvent la position de la malade forcée de se tenir courbée en marchant.

Enfin, la marche des fibromes complète les éléments du diagnostic : ils arrivent rarement et aussi vite au degré qu'atteint la grossesse extra-utérine qui a des allures plus nettement accentuées et que contrôle souvent toute suspension des règles.

KYSTES DE L'OVAIRE

Les kystes de l'ovaire ont été et sont la cause de beau-

coup d'erreurs dans le diagnostic différentiel, et je crois que si les erreurs se commettent, c'est qu'on attache trop d'importance à tel ou tel signe en particulier. Comme je l'ai déjà dit, l'ensemble seul des symptômes observés permettra de s'avancer avec beaucoup de chances de succès, dans un diagnostic certain.

Dans l'article magistral qu'il a consacré aux maladies de l'ovaire, M. Kœberlé s'exprime ainsi à propos du diagnostic des kystes de l'ovaire et de la grossesse extra-utérine. « Le diagnostic de la grossesse extra-utérine, dit l'éminent professeur, peut présenter des difficultés extrêmes, lorsque les renseignements convenables font défaut ou sont erronés, surtout lorsque le fœtus est mort, parce qu'on ne peut plus observer alors les signes certains de la grossesse, parce qu'il existe des troubles variés du côté de l'abdomen et des organes pelviens, de la menstruation, de l'état général etc..... On peut dans certains cas croire à l'existence d'un kyste ovarique multiloculaire, d'un kyste suppuré et réciproquement prendre certains kystes multiloculaires pour une grossesse extra-utérine. Du reste les deux affections peuvent coexister.

Il faut, conclut M. Kœberlé, il faut observer attentivement la marche de l'affection et tenir compte de tous les éléments de la question. »

Evidemment au point de vue théorique, il n'y a rien à reprocher aux paroles précédentes mais elles n'éclairent pas suffisamment les éléments toujours sombres d'un diagnostic différentiel.

Aspect du ventre. — Le ventre revêt une forme arrondie et saillante, plus ou moins bosselée ; mais dans notre

maladie l'abdomen est développé très irrégulièrement, il a un aspect bizarre qui frappe même certaines malades.

Le point de départ du kyste ovarique ne prouve rien non plus, car comme lui, le kyste fœtal s'implante plus souvent sur le côté gauche. Il n'y a donc rien à obtenir de cette particularité.

Menstruation. — Fréquemment les femmes atteintes d'une tumeur enkystée de l'ovaire ont une bonne menstruation.

On observe bien quelquefois des irrégularités mais dans la grossesse anormale, surtout la variété abdominale, il est plus constant de noter la suppression des règles. Ce dernier phénomène a accompagné plusieurs fois l'évolution du kyste de l'ovaire, mais je crois que c'est là une rareté, puisque P. Dubois, malgré son énorme expérience, ne l'a jamais vue.

Dans les kystes de l'ovaire on note très fréquemment un développement exagéré de l'appareil veineux abdominal et même thoracique, rien de cela n'a l'habitude d'exister dans la grossesse anormale.

Le toucher vaginal est ici d'une grande importance. S'il s'agit d'un kyste ovarique le doigt tombe sur une poche, molle, indolore, uniforme et fluctuante ; le cul-de-sac correspondant du vagin est libre, (à moins d'un développement énorme du liquide) ; l'exploration digitale constate une simple déviation du col utérin vers le côté de l'ovaire affecté. Rien de semblable dans le cas de grossesse extra-utérine abdominale.

En effet, le cul-de-sac utéro-rectal est ordinairement rempli par la tumeur, le doigt tombe sur une surface dure,

irrégulière, et y perçoit quelquefois les mouvements de l'enfant. Le col utérin est devié au-dessus de la symphise du pubis. Le toucher rectal rencontre également la tumeur et y reconnaît les particularités qu'a données l'exploration du canal génital.

Dans la grossesse abdominale la tumeur est peu mobile, il est plus facile à un kyste de l'ovaire de se déplacer sous une impulsion brusque du doigt. S'il est adhérent avec les parties qui l'entourent, la mobilité perd toute valeur.

C'est surtout dans ce cas de diagnostic différentiel, que je dois rappeler la coloration lie de vin des parois vaginales dans la grossesse anormale ; Huguier y attache une grande importance, ce signe n'existe pas dans la tumeur ovarique.

Quant au bruit de souffle qu'on a voulu employer, c'est un symptôme qui ne mérite aucune confiance. (P. Dubois) ; il peut parfaitement être absent dans une grossesse anormale et se rencontrer dans une tumeur ovarique. On a même fait quelquefois la gastrotomie à cause de la constatation de ce souffle, la femme est morte et on n'a pas trouvé de kyste fœtal.

Nous voyons que les difficultés sont grandes, mais elles acquièrent un degré plus considérable quand l'enfant est mort. Les seul signes certains qui existaient ont disparu, plus de bruits du cœur, plus de mouvements du fœtus.

L'observation suivante est intéressante à cet égard :

« Une femme portait une tumeur dans la cavité abdominale et s'était accompagnée des symptômes ordinaires de la grossesse ; le toucher faisait reconnaître dans la tumeur une partie dure, inégale, qui affec-

tait quelque analogie avec la forme et la consistance de la tête d'un fœtus. Un praticien distingué avait agité la question de savoir s'il fallait ou non opérer. Cette femme entra dans le service de P. Dubois qui reconnut immédiatement un kyste de l'ovaire. »

Quand celui-ci devient cancéreux, il offre plusieurs fois une sensation très-dure, osseuse même ; mais les symptômes généraux ne permettent pas le moindre doute.

MARCHE

Le kyste ovarique a un développement moins rapide, il ne s'accompagne pas de ces douleurs vives et d'accidents sympathiques plus ou moins fâcheux que j'ai signalés au début. L'absence des règles, (P. Dubois) les douleurs qu'accompagnent l'évolution de la grossesse, la démarche particulière de la malade, la déviation du col, la ponction du kyste fœtal, etc. sont autant de signes qui éloignent d'un kyste ovarique.

Je sais bien que jusqu'à quatre mois et demi ces signes ne sont pas certains, mais réunis les uns aux autres ils doivent être et sont véritablement pathognomoniques. Il est évident que, du moment où vous avez les signes physiques, vous affirmez plus que jamais votre diagnostic.

Je ne fais qu'indiquer la ponction exploratrice de la poche kystique, le liquide amniotique n'a pas les mêmes caractères que celui d'un kyste de l'ovaire ; mais en ayant les autres signes, je ne crois pas prudent d'intervenir avec cette méthode, elle pourrait avoir des inconvénients pour

l'enfant. Si la ponction est mal faite, si l'enfant est mort depuis quelque temps, l'introduction de l'air peut déterminer un changement dans la manière d'être du fœtus qui, au lieu d'être macéré, arrive facilement à la putréfaction et compromet la vie de la mère.

ASCITE

Peut-on confondre la grossesse extra-utérine avec l'ascite ? Non, celle-ci, syndrome d'un grand nombre de maladies des régions thoraco-abdominales est facilement reconnue, disons seulement que la matité existe sur les parties latérales et que le changement de ponction déplace celle du liquide ; de plus le ventre est aplati sur la ligne médiane, l'auscultation des poumons, du cœur, l'exploration des reins, de la rate, du foie, etc., etc., assurent le diagnostic. Enfin la percussion est un bon élément ; dans la grossesse extra-utérine les intestins sont refoulés en haut ; chez notre malade, ils formaient une espèce de couronne autour des parties saillantes de l'enfant ; tandis que dans l'ascite les intestins sont portés derrière ou sur les côtés de la tumeur s'il s'agit d'un ascite symptomatique d'un kyste de l'ovaire.

KYSTES SANGUINS DU PETIT BASSIN

Au débnt de la grossesse extra-utérine tubaire, il est

impossible de la différencier d'avec un kyste sanguin du petit bassin, car les signes rationnels de la grossesse sont trop fugaces à ce moment pour avoir l'importance d'un signe révélateur. Dans quelques cas cette grossesse pourrait être le point de départ d'une de ces tumeurs. Je cite l'observation suivante à titre de document.

1er avril. — Femme se présentant avec des accidents aigus. Le 4, péritonite. La tumeur qui s'était developpée à deux ou trois centimètres au-dessous du ligament de Fallope gauche, gagnait le côté droit. Signes d'hémorrhagie et mort le 8 avril.

Dans le petit bassin on trouva un caillot sanguin pesant près de 1 kilogr., comme masquant un petit fœtus de deux à trois mois et demi, aplati contre les parois du bassin par le caillot, et qui tenait par son cordon à une espèce de gâteau placentaire inséré sur la face postéro-inférieure gauche du caillot. »

Cette observation ne donne aucune explication sur le toucher vaginal, et elle ne dit pas s'il y a eu expulsion des caillots avec des lambeaux de caduque. Ces deux points permettraient même à ce moment de faire un diagnostic à peu près certain.

Il est fort rare de rencontrer une grossesse anormale évoluant parallèlement à une grossesse extra-utérine. Je donne ci-dessous une observation intéressante à cet égard, et l'on comprendra l'impossibilité à peu près constante dans laquelle se trouvera le médecin de poser nettement la question. Il existe un mélange de signes qui ne peuvent d'ordinaire faire connaître l'anomalie devant laquelle on se trouve. Voici l'observation curieuse de Pennefather.

Simultanéité de grossesse extra-utérine et intra-utérine (Résumée).

Accouchement le 4 décembre 1862 normal et à terme d'un enfant femelle. L'abdomen restant très volumineux, le chirurgien crut à une grossesse gémellaire, mais après un examen prolongé et approfondi, il déclara qu'il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire et se retira. M. Pennefather, mandé auprès de l'accouchée, la trouva ne souffrant nullement. Il reconnut la présence dans l'abdomen, d'une tumeur volumineuse et résistante sur le côté gauche de l'ombilic, et il constata en même temps les mouvements actifs du fœtus et les battements de son cœur. La malade fort émaciée ne tarda pas à reprendre son embonpoint assez rapidement.

Vers la fin de janvier 1863, elle commença à souffrir de nouveau et, dès le commencement de février, elle était en proie à une véritable fièvre hectique. A la suite de la disparition de la tumeur qui avait suivi des évacuations alvines très abondantes, on put croire à une accumulation de matières fécales. Mais une fistule vésico-vaginale s'étant formée, on put extraire un pariétal, l'occipital, une clavicule, une omoplate, et enfin on amena un fœtus mâle, à terme, auquel la tête manquait. Ce fœtus baignait dans les matières fécales qui s'écoulaient abondamment par le vagin. Le 14 mai, la fistule était complètement tarie. État excellent de la malade. (*The Lancet*. 1864. *Pennefather*).

RÉTROVERSION UTÉRINE

Dans quelques cas on peut prendre une grossesse extra-utérine pour une rétroversion de la matrice.

Voici un exemple à l'appui de cette proposition, il est tiré de la pratique de Capuron.

Observation V (résumée).

Jeune femme enceinte de trois à quatre mois ; au commencement de sa grossesse elle avait fait un long voyage qui l'avait fortement fatiguée. Le docteur Londe qui donnait des soins à cette femme, ajouta qu'il en était résulté une courbature générale et des douleurs vagues et assez intenses dans plusieurs points de l'abdomen. Capuron appelé en consultation constata une rétention complète d'urine et de matières fécales. Par le toucher vaginal, il trouva au-dessous de la saillie sacro-vertébrale, une tumeur volumineuse, arrondie, molle, où l'on ne distinguait qu'un battement d'un corps qu'un fœtus seul pouvait donner. Le *col de l'utérus était relevé si haut derrière la symphise pubienne, qu'il était presque inaccessible.* A ces signes, *Capuron crut reconnaître fort distinctement la rétroversion utérine.*

Ce qui confirmait le savant accoucheur dans cette opinion étaient la suppression presque complète de l'urine et l'absence de l'extrémité alvine. Il essaya mais en vain la réduction. Dupuytren, Lisfranc. Ant. Dubois et Maygrier adoptèrent l'idée d'une rétroversion. Presque à l'agonie, cette femme fut examinée de nouveau par Capuron qui reconnut alors « que la tumeur pelvienne avait changé de place et que le fœtus qu'elle renfermait s'était frayé une route insolite à travers le colon jusqu'à la portion du rectum qui répondait au vagin. Cet avorton sortit ou fut extrait quelque temps, et la mère mourut ». L'autopsie confirma l'existence d'une grossesse extra-utérine abdominale.

Cette erreur a été commise par Dolbeau dans son service de l'hôpital Beaujon et par M. Charpentier. L'autopsie seule a permis de constater la grossesse anormale. Et

on comprend très bien que les erreurs de ce genre puissent être commises quand on songe au grand nombre d'analogies que nous allons signaler. La rétroversion utérine gravide s'observe surtout du troisième au quatrième mois. La vessie et le rectum peuvent être et sont comprimés des degrés variables ; la malade accuse des douleurs, de l'agitation, un malaise considérable.

Le toucher vaginal ne peut qu'avec difficulté tomber sur le col ordinairement refoulé au-dessus de la symphise pubienne, à tel point quelquefois que l'on ne peut atteindre l'orifice externe. Puis on trouve les autres signes de la grossesse. Jusqu'à présent les signes n'offrent rien de tranché comme diagnostic différentiel, Mais la palpation abdominale à une importance capitale, au début, bien entendu, de la grossesse jusqu'au 4e mois environ. A cette époque bien qu'avec beaucoup de difficulté, on sent l'utérus refoulé en masse par le kyste fœtal sans éprouver de mouvement de bascule, comme dans la rétroversion, et il arrive assez fréquemment de sentir nettement son contour au-dessus du pubis. Dans la rétroversion il est absolument impossible de noter cette dernière particularité, la matrice étant trop refoulée dans la concavité du sacrum. Enfin un bon signe pour reconnaître la rétroversion, ce sont les tentatives de redressement. Si l'on est dans le doute et que l'idée de rétroversion frappe davantage, on tâche de redresser la matrice et si le fond de l'utérus vient à apparaître à l'hypogastre après avoir été primitivement absent, le diagnostic est fait, et la grossesse extra-utérine n'existe pas.

A propos de la rétroversion, dont quelques cas avaient été mis en relief par Giffard in Philad. Transactions, Burns

s'exprime ainsi : quand la rétroversion est complète, elle peut occasionner des douleurs d'enfantement comme s'il se faisait un effort pour expulser l'utérus lui-même et dans certains cas elles sont aussi fortes que dans le travail lui-même.

En présence de la difficulté considérable qui accompagne ce diagnostic différentiel, je crois que la grossesse extra-utérine sera plutôt reconnue par les signes différentiels suivants :

1° Col beaucoup moins ramolli.

2° Phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum moins marqués.

3° Possibilité dans les trois à quatre premiers mois de sentir nettement le contour de l'utérus au dessus du pubis.

4° Présence dans le cul-de-sac postérieur d'une tumeur négale, irrégulière plus ou moins dure.

Le souffle maternel existe dans les deux cas, mais pas oujours ; le toucher rectal conserve les particularités principales qu'a signalées le toucher vaginal. La suppression les règles est la même mais plus constante dans la rétroversion ; enfin *dans la grossesse extra-utérine on peut au début sentir une ligne de séparation entre l'utérus et le kyste fœtal.*

ANTÉVERSION UTÉRINE

Contrairement à la rétroversion, l'antéversion utérine se rencontre plus spécialement vers la fin de la grossesse. Elle

produit aussi des troubles du côté du rectum et de la vessie, et le col de l'utérus est porté en haut et en arrière.

Il n'y a que la grossesse abdominale occupant le cul-de-sac antérieur qui puisse porter le col de l'utérus en haut et en arrière ; nous avons déjà vu que cette position du kyste fœtal est fort rare.

De plus arrivée à cette époque de la grossesse, la femme ne présente pas le même volume de la matrice dont nous avons parlé au début de ce travail ; la grossesse anormale amenant un retentissement peu marqué de ce côté. Le col a toutes les particularités de toute grossesse normale, etc., etc. Il est facile avec un peu d'attention, de ne pas se tromper sur un diagnostic qui n'aura presque jamais l'occasion de se poser.

Une cause d'erreur assez rare est la présence d'une tumeur dans une des régions inguinales. Le point difficile consiste à pouvoir bien déterminer quelles sont les parties que l'on touche, ce qui, dans quelques cas est impossible, à cause des adhérences et des divers déplacements que subissent les organes les uns par rapport aux autres.

Une tumeur de ce genre avait fait diagnostiquer à Schlesinger une grossesse extra-utérine chez une femme qui accoucha naturellement à terme.

Dans des cas analogues il ne faut pas oublier de trouver réunis en un faisceau bien net les divers signes que j'ai donnés ; mais dans d'autres le doute est permis et il devient parfois impossible de faire le diagnostique malgré toutes les précautions que l'on peut prendre.

Il existe de très rares faits où la cavité de la matrice est tellement amincie que l'on pourrait croire tout d'abord à une grossesse anormale.

M. Pajot signale un cas de ce genre et il diagnostiqua une grossesse normale dans un utérus exceptionnellement aminci au lieu d'une grossesse anormale à laquelle pensaient d'autres médecins. Mais ici, le col éprouve toutes les modifications d'une grossesse naturelle, il n'éprouve pas les déplacements connus dans la grossesse anormale, enfin les autres signes sont assez clairs quand ils sont réunis, pour ne pas permettre l'erreur.

PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN

Il est impossible de commettre l'erreur sur un diagnostic de phlegmon péri-utérin. D'abord, il est lié presque toujours à un accouchement ou à un avortement ; la palpation donne la sensation d'une sorte d'empâtement dur qui peut ne jamais devenir fluctuant. Jamais le col n'éprouve des déplacements analogues à ceux de le grossesse extra-utérine ; jamais le volume de l'utérus n'augmente ; ce signe n'est noté qu'au début de la maladie, mais alors le volume n'est augmenté que par le fait de la grossesse qui a occasionné le phlegmon. La forme du ventre n'a pas cet aspect si caractéristique que nous avons mentionné, etc., etc.

DILATATION SACCIFORME

DE LA PAROI POSTÉRIEURE DE L'UTÉRUS

Est-il possible de confondre quelquefois la grossesse extra-utérine avec la dilatation de l'utérus ainsi appelée par Wigand ? Dans quelques cas l'erreur a été commise, ce qui peut se comprendre quand tous les signes rationnels d'une grossesse existent.

La dilatation sacciforme que Mende, en 1825, appelait fausse rétroversion, est un développement plus ou moins marqué de la paroi postérieure de l'utérus, avec laquelle cet organe s'abaisse entre le rectum et le vagin, sans que la position du reste de la matrice paraisse au premier abord sensiblement modifiée (1).

Cette dilatation s'accompagne très souvent d'avortement et alors des spasmes, de fortes douleurs, des hémorrhagies violentes ne tardent pas à apparaître comme dans la grossesse extra-utérine, les souffrances, si l'avortement n'a pas eu lieu surtout dès le début, vont en augmentant tous les jours au lieu de diminuer dans le cours de la grossesse. Jusqu'à présent les analogies sont assez marquées. Mais dans la grossesse extra-utérine, les hémorrhagies qu'on trouve au début, les douleurs, la position superficielle du kyste fœtal, feront rapidement rejeter toute idée de dilatation.

1. *Monatsseh. für geburtsk.* 1863.

De plus, le volume de l'utérus, les modifications du col appellent rapidement l'attention.

Quoiqu'il en soit, la difficulté est assez grande pour qu'un chirurgien distingué de Lille, M. le Dr Parise, ait commis l'erreur. M. Depaul a discuté ce cas à l'Académie de médecine en 1864-65 d'une façon tout à fait démonstrative, sauf pour M. Parise qui croit avoir découvert une nouvelle variété de grossesse anormale !

Voici le fait que je résume d'après l'observation prise par M. Depaul.

Mon maître fut appelé en 1855 auprès d'une dame de Lille qui était en travail depuis quatorze jours ; âgée de 24 ans, bonne constitution, bassin normal, accouchement naturel cinq ans auparavant. En 1855 fausse-couche de deux à trois mois. Devenue enceinte vers la fin de 1856, la grossesse évolua bien jusqu'au 25 juin 1857 où éclatèrent des douleurs utérines assez vives et assez rapprochées. Un mois après déclaration du véritable travail qui s'annonça par quelques douleurs et l'écoulement d'un peu de sang. Jusqu'au 7 rien d'anormal. Mouvements de l'enfant deviennent plus nets. M. Depaul examine cette dame le 10 août ; il trouve le col non effacé, sa cavité n'est pas confondue avec celle du corps, les lèvres en sont souples et molles. Le col est très-difficilement atteint, les deux doigts sont nécessaires. La lèvre postérieure se renflait à son extrémité supérieure et présentait là, au niveau de l'orifice interne, un renflement transversal, arrondi et un peu convexe en avant avec sensation de dureté considérable du sphincter utérin. La cavité utérine anormalement développée en arrière, offrait là une sorte d'infundibulum qui descendait bien au-dessous du col et dans lequel se trouvait engagée une portion de l'extrémité pelvienne. Le col était placé au-dessus de la symphise pubienne. M. Depaul pratiqua deux incisions d'une faible étendue n'arrivant pas à un centimètre, sur les bords de l'orifice externe. Un fœtus sortit mort et macéré.

Il existe dans la science des cas analogues; pour M. Parise on se trouvait en présence d'une grossesse utéro-interstitielle. L'œuf avait disséqué les parois de l'utérus et son extrêmité inférieure y aurait élu domicile tandis que la cavité utérine renfermait la moitié supérieure de l'enfant, figurant ainsi un prédicateur en chaire, ajoute spirituellement M. Depaul.

Dans l'espèce, le diagnostic n'était pas douteux, car au début on n'a pas noté des douleurs, des hémorrhagies etc. Un cas qui peut avoir quelque analogie avec celui qu'aurait découvert M. Parise (??) est celui-ci : On voit quelquefois le kyste fœtal s'ouvrir dans la matrice et il y a un moment où le milieu du corps est resserré par les fibres musculaires de l'utérus. M. Galabin cite une observation où ce genre de terminaison a été observé (1).

DIAGNOSTIC DES VARIÉTÉS.

Quelques médecins prétendent que ce diagnostic différentiel est possible et facile même dans nombre de cas, c'est aller trop loin évidemment.

Les difficultés sont insurmontables jusqu'à quatre mois. Nous venons de voir qu'il est rare de voir des grossesses tubaires arriver au quatrième mois, et nous avons cité les quelques cas exceptionnels qui sont pour la plupart accessibles à la critique. A partir de ce moment il est certain

1. Obs. transact. 1874.

qu'on se trouve en présence d'une grossesse abdominale, plus tard les signes physiques de toute grossesse se feront noter. Et à ce propos je citerai le cas exceptionnel ou à peu près, signalé par Grossi qui dit avoir observé un cas où l'enfant était arrivé au quatorzième mois. Il est permis de se demander si le début de la grossesse avait attiré toute l'attention désirable.

Si cela est possible dans la grossesse abdominale, la grossesse tubaire ne présente aucun exemple semblable.

Pour être logique avec les deux variétés que j'ai dit devoir étudier, je tâcherai de résumer les opinions émises sur leur diagnostic différentiel.

Le professeur Velpeau tranchait, lui, toute discussion à cet égard en disant qu'il est ridicule d'essayer le diagnostic avec les variétés. Cependant il serait utile de connaître les symptômes différenciant ces deux variétés, car nous le savons, la grossesse tubaire se termine par la rupture du kyste fœtal, tandis que les cas de grossesse abdominale arrivant à terme sont assez fréquents. Et c'est déjà quelque chose de posséder cette notion en reconnaissant sûrement cette dernière grossesse. Dans le premier cas, mort de l'enfant et presque toujours mort de la mère ; dans le second, il arrive assez souvent de pouvoir sauver et la mère et l'enfant.

Je sais bien que l'on commet fréquemment l'erreur, car le kyste abdominal peut contracter des adhérences accidentelles avec l'ovaire, avec la matrice, avec le bassin. Et avant d'aborder d'une manière rapide les lignes essentielles d'un diagnostic différentiel, je dirai avec Chaussier : « Les faits manquent pour nous apprendre avec exactitude le

siège de la conception par suite d'un développement du kyste et des déplacements qu'il fait éprouver. » Cependant il est possible maintenant que la question a été plus étudiée et surtout depuis les remarquables leçons de M. Depaul, il est possible de faire le diagnostic de la variété abdominale, la plus commune de toutes, sans contredit.

Au sujet des hémorrhagies ou de la menstruation, Guillemot s'exprime ainsi : « Les règles continuent quelquefois pendant les quatre ou cinq premiers mois et peuvent en imposer à la femme et au médecin. Cette particularité m'a paru appartenir aux grossesses tubaires chez la femme dont la menstruation était abondante. »

C'est parfaitement vrai, car nous avons vu que très fréquemment la grossesse abdominale suspendait la menstruation. On signale bien dans celle-ci des pertes sanguines au début, mais elles n'acquièrent jamais la fréquence et l'abondance qui accompagnent celle-là.

Nous avons signalé l'expulsion à peu près constante, même pour M. Depaul, de la caduque au moment du faux-travail. M. Duguet croit qu'elle se rencontre dans la variété tubaire. Cette opinion est admissible pour ceux qui croient à la plus grande fréquence de la grossesse tubaire, dans ce cas l'effet suit la cause. Mais on doit plutôt admettre simplement que toute grossesse anormale s'accompagne de l'expulsion d'une caduque, et dès lors celle-ci n'a aucune importance dans les éléments d'un diagnostic différentiel.

Le professeur Heim dit que la grossesse tubaire détermine des malaises et des souffrances plus rapidement que la variété abdominale ; cela est possible, mais les nuances

qui pourraient servir à les différencier sont peu tranchées.

Les phénomènes douloureux sont plus intenses, plus répétés dans la grossesse tubaire. Dans celle-ci, dit M. Depaul, la matrice prend un développement plus considérable que dans les grossesses péritonéales et cela se comprend, ajoute-t-il, la trompe qui est une émanation du tissu de la matrice doit réagir plus directement sur l'organe tout entier.

Si la pesanteur de l'utérus, dit Gardien, n'est pas augmentée, il est certain que la grossesse est abdominale. S'il est plus pesant on peut conserver des doutes, mais il est, cependant probable que l'œuf s'est développé dans les trompes ou les ovaires (???).

Les mouvements de l'enfant peuvent-ils indiquer le siège du kyste ? On le croirait si on ajoutait foi à l'opinion de Baudelocque, qui, si elle n'est pas exacte, a du moins pour elle l'avantage d'être fort vraisemblable. Le célèbre accoucheur s'exprime ainsi à cet égard : « Le kyste siège-t-il dans la trompe ? Mouvements moins vagues, ce qui s'explique par le resserrement plus grand des membres.

A-t-on affaire à une grossesse péritonéale, les mouvements sont plus étendus, et cela se comprend, car les membres inférieurs n'étant plus resserrés dans un espace aussi borné que la tubaire, le fœtus peut se livrer à une gymnastique plus considérable. »

Le toucher vaginal a-t-il une grande importance ? Dans les deux cas le doigt sent une masse plus ou moins bien dessinée et occupant l'un des culs-de-sac du vagin. Je crois

cependant que dans la grossesse abdominale le kyste fœtal occupe plus fréquemment le cul-de-sac rétro-utérin.

Le col présente les mêmes modifications dans les deux variétés, mais il n'est pas toujours dévié dans le même sens. En effet, dit Braxton Hick, le col est refoulé du côté du kyste dans la forme tubaire, le contraire s'observe dans la grossesse abdominale.

Observation I (personnelle).

Grossesse abdominale arrivée à huit mois. Intervention chirurgicale nulle. Mort de l'enfant.

Le 10 janvier dernier, la femme C..., âgée de 38 ans, entre à l'hôpital des Cliniques pour une grossesse. Elle a eu ses règles à l'âge de 13 ans, trois à quatre jours chaque fois. Bonne santé habituelle, jamais de fausse couche. Contrairement à ce qui se voit dans les grossesses extra-utérines, cette femme est primipare.

Suppression des règles vers le 25 mai, elle serait donc enceinte à ce moment de sept mois et quelques jours. Une sage-femme, plus tard un médecin l'ont examinée et ont constaté la présence d'une tumeur *placée très bas* mais sans pouvoir porter un diagnostic certain.

La grossesse a évolué d'une façon normale jusqu'au début du troisième mois ; à cette époque apparurent de vives douleurs abdominales qui forcèrent notre malade à garder le lit pendant deux mois, jusqu'au commencement du sixième mois par conséquent. Ces douleurs étaient localisées dans les fosses iliaques mais particulièrement à droite. Aucune réaction n'accompagnait ces douleurs, rien de franchemen péritonitique.

J'ai dit au début que les règles s'étaient suspendues, mais cela n'est pas tout à fait exact car pendant les cinq premiers mois, notre malade accusait de légers écoulements sanguins n'affectant aucune périodicité dans leur apparition.

Vers le deuxième mois de sa grossesse, elle a perdu quelques caillots sur la nature desquels il lui est impossible de fournir des renseignements précis.

Vers le quatrième mois et demi les mouvements de l'enfant ont été parfaitement sentis. Jamais aucun trouble de la défécation ni de la miction. Quelques vomissements et c'est tout. Les seins n'ont pas augmenté de volume et l'aréole n'a subi aucune modification. Pas de troubles respiratoires ni circulatoires. Enfin *cette femme dit que* sa tumeur a apparu au côté droit.

Examen au lit de la malade.

Quand on la découvre, on est tout d'abord frappé par l'aspect irrégulier du ventre, il est difficile d'en définir la forme, mais on voit qu'une grossesse ordinaire n'en produit pas une analogue.

Palpation. — On sent une tumeur réniforme dont le hile se dirigerait vers l'ombilic. Une légère douleur marquée surtout à droite accompagne ce mode d'exploration.

Percussion. — En percutant la paroi abdominale on s'aperçoit que les intestins formant paquet sont refoulés vers les parties latérales surtout du côté gauche de la malade. Matité complète au niveau de la tumeur. Celle-ci a sa base dirigée en haut et le sommet en bas, c'est l'utérus. Il est mobile, au palper et au toucher réunis, en renvoyant la matrice d'une main à l'autre, on s'aperçoit qu'elle est vide. Cette tumeur est déviée à gauche, ovale et arrondie, séparée du kyste fœtal par une dépression que le doigt sent parfaitement mais qui qui n'est point visible.

A droite de l'utérus se trouve le kyste qu'il est difficile de circonscrire, la masse est arrondie avec quelques saillies à l'extrémité inférieure, la matité est complète. On ne sent pas de fluctuation. On n'obtient, somme toute, aucun résultat de l'exploration extérieure.

La malade éprouvant d'assez vives douleurs, on s'arrête rapidement.

Les mouvements de l'enfant se sentent parfaitement, mais les battements du cœur ne sont pas perceptibles, cela serait dû, d'après M. Depaul, à ce que l'enfant présente probablement son dos en arrière.

En appliquant le stéthoscope sur la ligne médiane au-dessus de la symphise pubienne, on entend un souffle intense, s'irradiant surtout à droite, on dirait un souffle en jet de vapeur.

Toucher vaginal. — On est immédiatement frappé par la sensation manifeste d'une tumeur placée au-dessus de la cavité pelvienne, logée dans la concavité du sacrum au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur. *Le doigt ne rencontre pas le col.*

Cette tumeur est inégale, irrégulière, séparée du doigt explorateur par une poche excessivement mince, pas assez cependant pour pouvoir reconnaître parfaitement telle et telle partie de l'enfant. Si on laisse un moment le doigt sur cette masse, on ne tarde pas à sentir des mouvements fœtaux. Cet examen est un peu douloureux. Le toucher rectal confirme de tous points ce que donne le toucher vaginal. Nous avons dit qu'on ne rencontrait pas le col, mais si on a le soin de recourber en haut le doigt explorateur, on sent le col refoulé presque au niveau du détroit supérieur contre la symphise pubienne. L'orifice externe présente une petite fente ; sa consistance est légèrement diminuée, mais elle est loin d'être en harmonie avec l'époque de la grossesse.

Comme on est sûr de la présence du fœtus en dehors de la matrice, la sonde utérine n'est point introduite, du reste l'état douloureux des parties ne le permettrait qu'avec une grande difficulté.

Depuis un mois et demi environ, c'est-à-dire depuis le commencement du 6e mois, tout écoulement sanguin a complètement disparu. Les seins sont légèrement gonflés, l'aréole un peu brunâtre ; une pression modérée fait jaillir quelques gouttes d'un liquide grisâtre et visqueux.

L'état général est assez bon ; amaigrissement depuis un mois environ, la position horizontale est seule supportée. Constipation depuis deux jours, miction facile. Pas de fièvre,

23 janvier. — L'utérus a une longueur de 14 centimètres.

Diamètre vertical du ventre depuis la symphise jusqu'au bord supérieur de la tumeur = 25 centimètres. Diamètre transversal = 45 centimètres.

Mouvements de l'enfant perçus surtout dans la fosse iliaque gauche.

Pas de battements du cœur. — Souffle aussi intense. Douleurs abdominales surtout à droite.

Température 37°, pouls 95.

Toucher vaginal. — Rien de nouveau.

14. — Ce matin la malade fait remarquer que les mouvements se font sentir davantage au niveau du sacrum.

19. — Ventre plus volumineux; l'extrémité droite du kyste est plus élevée que l'extrémité gauche.

25. — Jusqu'aujourd'hui aucune modification à signaler si ce n'est le développement progressif de l'abdomen,

29. — Diarrhée. 4 selles. Bismuth.

30. — La diarrhée est suspendue.

31. — Rien de nouveau.

1er février. — Douleurs moins vives.

3 février. — Douleurs dans le bas ventre; le kyste fœtal se développe de plus en plus, au lieu d'être à huit travers de doigt de l'ombilic comme dans les premiers jours de janvier, la tumeur a monté jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic.

Mouvements toujours aussi marqués, un peu plus même, car les douleurs sont exagérées par eux.

5. — La tumeur est arrivée au niveau de l'ombilic ; à ce niveau et un peu à gauche, on sent une masse presque arrondie, dure, immobile, que M. Depaul croit être la tête.

Battements du cœur toujours absents.

État général assez bon.

9. — Pour la première fois, au niveau de la fosse iliaque gauche, on entend, quoique faiblement, les battements du cœur du fœtus.

Mouvements de l'enfant exagérant toujours la douleur qui sommeille pour ainsi dire dans l'intervalle.

Température, 37°,4.

Pulsations, 85.

La tumeur est plus volumineuse, la masse arrondie est plus nette, plus superficielle, adhérente pour ainsi dire à la peau de la région

ombilicale. Au centre le doigt éprouve la résistance d'une surface osseuse. Le kyste tend à remonter vers la paroi latérale gauche de la poitrine.

Vomissements bilieux. État général toujours assez bon. Douleurs abdominales qui sont calmées par des frictions d'huile de camomille laudanisée.

11. — Les mouvements de l'enfant se font sentir manifestement au côté de la paroi abdominale, ce qu'explique la position de plus en plus superficielle de la tumeur. Les douleurs sont aujourd'hui plus vives, sourdes, tensives, lancinantes, comme toujours elles deviennent calmes quand l'enfant cesse de se remuer.

13. — Bruits du cœur distinctement perçus. Douleurs considérablement diminuées.

16. — La tumeur fœtale a dépassé l'ombilic de quatre travers de doigt.

Diamètre vertical, 38 centimètres.
— transv., 58 —

Le ventre est plus volumineux. Il est impossible de circonscrire l'utérus, l'abdomen est de plus en plus absorbé pour ainsi dire par la tumeur.

17. — Quelques douleurs abdominales s'irradiant vers l'ombilic et les parties latérales de l'abdomen.

Les masses fœtales font plus de saillies sous la peau ; le côté droit est plus volumineux et plus élevé que le côté gauche correspondant et à l'extrémité du diamètre transverse.

18. — Hier au soir elle entend dans la rue un grand bruit, elle croit qu'un homme est écrasé, une violente émotion s'empare d'elle, et cependant les mouvements de l'enfant sont encore perçus par la mère.

Ce matin, la malade accuse de la courbature dans les jambes, des douleurs au niveau des reins, une vive sensibilité au ventre, mais pas de vomissements, pas de tendance à la syncope, pas de pâleur de la face, rien enfin qui puisse expliquer une rupture du kyste fœtal. Et cependant une auscultation minutieuse ne fait plus entendre les batte-

ments du cœur du fœtus et la mère n'entend plus remuer son enfant depuis 1 heure du matin.

Temp. 38°, pouls 105.

Traitement. — Pommade à l'onguent napolitain belladoné. Régime normal. Opiacés.

19. — Quelques nausées, légère prostration; les mouvements et les bruits du cœur du fœtus sont nuls. Pas de phénomènes d'hémorrhagie. Vives douleurs abdominales. Hier au soir, 33°,5, pouls 108.

20. — Douleurs moins marquées, constipation depuis deux jours. Vomissements bilieux hier au soir.

Facies prostré, pâle, anémié, profondément inquiète.

Température, 37°,4.

Pouls petit, faible, battant quatre-vingt-six fois.

Traitement. — Un grand lavement à la guimauve. Eau de Seltz.

Solution sirop de groseille.

Une pilule extrait thébaïque.

21. — Dans la journée d'hier elle a vomi, le soir elle a uriné un peu de sang, légère cystite.

Malgré le lavement, la constipation persiste. Pas de vomissements. Douleurs abdominales plus marquées au niveau de l'ombilic.

Température, 37°,9, pouls 115°. Prostration plus intense. Aucune expulsion de caduque.

Ce matin, l'aspect du visage est meilleur. Vomissements alimentaires et bilieux. Miction sanguinolente. Douleur vive à gauche et en haut du côté des fausses côtes gauches. La pression est insupportable; un cerceau est mis au devant de l'abdomen.

Pas de caillot expulsé.

Températ. 38. Pouls 104. Evidemment cette femme fait de la péritonite et la température n'a pas dépassé 38. Cela s'explique par l'absence de la rupture du kyste qui alors entraînerait l'allure foudroyante de la péritonite par épanchement.

Seins. — Pas de lait.

Auscultation. — Complètement nulle, l'enfant est certainement mort depuis l'accident.

Pas de sommeil.

22. — Vomissements bilieux dans l'après-midi d'hier. Vives douleurs à gauche surtout. Urines sanguinolentes. Pas de sommeil.

Temp. 37°,8, p. 108.

23. Même état, pas d'expulsion de caillots, pas d'hémorrhagie. Douleurs moindres.

3 gr. de chloral et opiacés.

24. — La tumeur a diminué de volume, par conséquent cinq jours après la mort de l'enfant; elle est placée seulement à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. Pas de caillots, pas d'hémorrhagie.

Temp. 37°. Pouls. 95.

25. — Urines à peine sanguinolentes. Même état.

26. — Le bord supérieur de la tumeur occupe la même hauteur que l'ombilic. Vers midi, hier, les douleurs ont commencé à revêtir le caractère expulsif, rapides, courtes, s'irradiant vers les reins. Vers six heures du soir, écoulement sanguin de la valeur d'une petite cuillerée à café, pas de caillots.

Temp. 37°,6, pouls 104.

27. — Les douleurs ont été calmées par l'écoulement sanguin, elles sont assez vives au flanc gauche.

Temp. 37°,4, pouls 100.

Pas de perte sanguine.

28. — Légère hémorrhagie.

T. 37°, p. 108.

Même traitement auquel on ajoute 1/4 de lavement avec dix gouttes de laudanum.

1er mars. — Mauvaise nuit, douleurs au niveau du dos (rien aux poumons).

T. 37°, p. 115.

3. — Urines normales. Le ventre diminue de volume, surtout le diamètre vertical. Sur les parties latérales, les saillies du fœtus sont aussi marquées, un peu moins douloureuses. État général un peu meilleur.

T. 38°, p. 102.

4. — Douleurs plus vives dans tout le côté gauche. Pas d'hémorrhagie.

5. — Même état.

6. — La journée d'hier a été assez bonne, pas de douleur.

T. 38°,7, p. 86.

7. — Ce matin vives douleurs au niveau des reins, exagérées toujours par la pression. Pas d'hémorrhagie, légère constipation. Un peu de sommeil.

8. — Depuis la visite jusqu'à cinq heures du soir, les douleurs ont été plus vives, suivies de perte de sang fort légère ; au milieu on trouve une petite masse grenue grosse comme une grosse tête d'épingle à cheveux. L'examen histologique a été fait et il a démontré la présence de la muqueuse utérine avec ses caractères essentiels, donc pas de doute à cet égard.

9. — Encore un peu de sang, pas de nouveau caillot.

10. — Légère hémorrhagie, pas de caillots, douleurs moindres.

11. — Rien à signaler.

12. — Douleurs expulsives hier, expulsion d'un gros lambeau de caduque, conique, de un centimètre d'épaisseur et de trois et demi de longueur.

Les douleurs, quoique beaucoup moins fortes, ont continué jusqu'à minuit. Jusqu'à ce matin, un repos complet a permis à la malade de dormir.

13. — *Coliques.* — Hémorrhagie légère, quelques vomissements alimentaires. Température 38°, pouls 108.

16. — Le ventre s'aplatit, la grosse masse arrondie à 3 travers de doigt au dessous de l'ombilic. La palpation et la percussion sont beaucoup moins douloureuses, temp. 37°,2, pouls 95.

17. — Douleurs à peu près disparues. On remarquera que les phénomènes douloureux ont diminué depuis l'hémorrhagie mais surtout depuis l'expulsion de morceaux de caduque. État général sensiblement meilleur. Eschare au sacrum.

20. — Le ventre diminue dans son ensemble.

Toucher vaginal. — L'épaisseur du kyste est plus considérable,

poche tendue, chaude et douloureuse. Les extrémités inférieures sont parfaitement senties.

Depuis le 17 les parois abdominales sont œdématiées.

21. — Expulsion de trois caillots, pas d'hémorrhagie, quelques vomissements bilieux.

23. — Léger écoulement sanguin.

30. — Tous les jours légère hémorrhagie.

31. — Douleurs dorso-lombaires. Hémorrhagies.

10 avril. — Jusqu'aujourd'hui la situation a été aussi bonne que possible avec un peu d'hémorrhagie tous les deux ou trois jours mais sans aucun lambeau de caduque.

Le ventre ne diminue guère de volume. Bronchite peu intense.

15. — Pas de douleur, ni d'hémorrhagie.

Bronchite un peu plus marquée. Pas d'hémorrhagie.

16. — Même état.

18. — Eschare du sacrum suppurant. Quelques vomissements bilieux.

23. — Le pus s'est reproduit ; abcès à la fesse droite. Œdème de la jambe gauche, on ne sent pas le cordon veineux de phlebite. Pas d'albumine dans les urines.

La tumeur est située à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, complètement immobile, la peau ne peut glisser au niveau de la tumeur ombilicale. On sent au niveau de son bord supérieur une ligne droite, dure et plane. Pression à peine douloureuse.

30. — État local satisfaisant. L'appétit se réveille. Pas de constipation.

5 mai. — Même état, œdème moins marqué à la jambe gauche.

12. — État aussi satisfaisant que possible.

Toucher vaginal. — Le col est un peu moins refoulé au-dessus de la symphise pubienne, il est dur et résistant.

Orifice externe à peine entr'ouvert.

Le doigt tombe sur une masse dure, volumineuse, chaude, un peu douloureuse. Les inégalités du début ont disparu en grande partie, la poche est tendue, à peine mobile.

Le toucher rectal confirme ces particularités.

Le ventre diminue fort peu; les mouvements de latéralité se font avec assez de facilité. Dans quelques jours, cette malade se lévera un peu et tout fait prévoir une issue favorable.

Est-ce à dire que tout est sauvé? Non, certes, mais il y a tout lieu de croire que l'enkystement se fera et ce sera une guérison. Serait-il bon d'intervenir pour liquider le plus rapidement possible cette situation? Je ne le crois pas, aucune indication ne se dessine pour le moment et comme rien ne presse, il est sage, il est prudent de livrer à la nature les bienfaits d'une curation que les précédents permettent d'espérer. Telle est la règle de conduite de M. Depaul ; je la crois la plus sage et celle que je n'hésite pas à conseiller même aux chirurgiens les plus audacieux, une mort rapide pourrait les conduire à des déboires qu'ils auraient pu éviter.

Observation II

M. Fort, de Rio-Janeiro, vient d'envoyer à M. Depaul la relation très-courte d'un cas de grossesse péritonéale qu'il a observé dans cette ville.

Il s'agit d'une femme qui était arrivée à peu près au terme d'une grossesse extra-utérine ; l'enfant était mort et depuis quelque temps le kyste s'était transformé en lithopédion.

La tumeur était dure, immobile, non douloureuse et avait subi la dégénérescence calcaire.

M. Fort a opéré cette femme et il ne dit pas les causes qui, dans ce cas, ont motivé son intervention. Le ventre a été ouvert, le kyste extrait et la guérison serait obtenue.

Réflexions. — A propos de ce cas qu'il rappelait, M. Depaul m'a cité un cas analogue qu'il a observé lors de son voyage à Rio. Un agrégé de l'école lui montra un kyste fœtal ayant également subi la dégénérescence calcaire, et à la coupe on trouvait un enfant dans un bon

état de conservation et facilement reconnaissable dans la plupart de ses parties. Le kyste signalé par M. Fort présentait le même état. Les cas de ce genre ne sont pas trs- nombreux, M. Depaul, il y a longtemps de cela, en a observé un semblable à la Société anatomique.

Je dois à l'extrême obligeance de M. le Dr Thomas Caraman, médecin de l'établissement thermal de Forges-les-Eaux, la possibilité de reproduire le cas si intéressant qu'il a communiqué le 2 mai à l'Académie de médecine. Je prie M. Thomas Caraman d'agréer mes plus sincères remerciements.

Observation III

Sur un kyste fœtal provenant d'une grossesse abdominale datant de 5 ans. Opération faite au septième mois d'une grossesse nouvelle utérine avec le concours du Dr Cavé. Guérison. Présentation de la malade et des pièces anatomiques (Résumée).

Grossesse remontant à près de cinq ans, sans expulsion fœtale à la fin de 1875. Arrivée à terme, les mouvements actifs du fœtus constatés au onzième mois feraient croire qu'il a été dépassé, je me suis déjà expliqué sur cette prorogation pour ainsi dire de la grossesse abdominale (1).

La période du faux-travail n'est point signalée par l'auteur.

Un jour de l'été 1878, par suite d'une imprudence, le manche d'un rateau heurta violemment le côté droit du ventre. Un phlegmon se développa et un peu plus tard au milieu du pus on trouva des parcelles de chair fétide, cordon, placenta, parties molles, etc. Une fistule fut la suite de ce phlegmon donnant issue à un liquide séro-purulent. Le ventre avait naturellement diminué de volume.

En 1880, grossesse normale.

1. F. C.

Au troisième mois de la nouvelle grossesse, les ressources de la malade s'affaiblirent, ce qui augmenta la mauvaise situation de cette pauvre femme. Tels sont les anamnestiques.

Examen. — Ventre gros, surtout à droite.

A droite, tumeur dure ou kyste fœtal dans une étendue de 16 centimètres carrés, dépassant en haut de 6 centimètres la ligne ombilico-iliaque et la ligne blanche, s'étendant profondément dans le flanc droit, le débordant latéralement et se terminant, à la superficie, à 10 cent. au-dessous de l'orifice externe du trajet fistuleux. A la percussion, craquements nombreux. Matité complète.

A gauche, utérus au-dessus de l'ombilic et dévié à gauche ; fond de l'utérus, mais globuleux ; l'organe est allongé en boudin. Mouvements actifs du fœtus peu marqués, il est gêné dans ses évolutions ; battements du cœur difficiles à entendre.

Toucher vaginal. Col d'une primipare ramolli dans le quart inférieur.

Culs-de-sac libres. — Donc rien de notable « Il est fort étonnant qu'ayant affaire à une grossesse abdominale, on ne trouve rien dans les culs-de-sac, au moment où une grande partie du fœtus se trouve encore emprisonnée dans la cavité abdominale (1). »

Un stylet introduit de plusieurs centimètres dans le kyste, par l'orifice de la fistule, suit un trajet oblique et vient heurter une surface dure, arrondie, résonnant au choc ; c'est évidemment un os du crâne.

L'opération est décidée.

Après chloroformisation, elle devait consister en trois temps.

1° Incision de 15 cent. de toute l'épaisseur de l'abdomen, passant au milieu de la tumeur et parallèle à son grand axe médian oblique.

2° Incision de la paroi kystique au-dessus et au-dessous ; au trajet fistuleux sur une sonde cannelée préalablement introduite ; à débrider si besoin était.

3° A extraire les parties fœtales. L'opération fut faite avec le concours aussi dévoué qu'habile de M. le Dr Cavé.

Malade rebelle au chloroforme.

1. F. C.

L'opération fut difficile, et on fut obligé de s'adresser au bout de quelques jours à la potasse caustique.

Vers le milieu de juillet, on fit l'extraction de parties osseuses.

Fin août, dilatation de l'ouverture de la poche avec de l'éponge préparée, sortie de nombreuses esquilles et de petits fragments. Lavage phéniqué. La sécrétion purulente s'étaie tarie; sérosité légèrement jaunâtre.

Le 2 septembre. — La femme T.... accoucha, le matin, à terme, d'un enfant long de cinquante-cinq centimètres. Il est mort quelques heures après sa naissance.

Suites de couches normales. Lavage phéniqué pendant dix jours.

20 septembre. — Tout était terminé et la poche débarrassée des corps étrangers se mettait à bourgeonner tranquillement dans la profondeur et à la périphérie. Aujourd'hui la plaie est cicatrisée et la malade dans les meilleures conditions. S'il est resté quelques os, car le squelette entier n'est pas représenté par les pièces apportées, ils sont de peu d'importance et enkystés. On doit aussi admettre que de 1879 à 1881, quelques os ont dû subir la fonte régressive ou carie et être éliminés avec le pus de chaque jour.

M. le professeur Brouardel a été commis deux fois à l'effet de procéder à l'autopsie de deux femmes décédées subitement; avec une courtoisie et une amabilité que je ne pourrai oublier, il a bien voulu me communiquer ces observations; je l'en remercie profondément.

Le 15 août 1880, M. le commissaire de police du quartier de Neuilly constatant qu'une dame étrangère, artiste dramatique, avait succombé à une mort subite et craignant un empoisonnement, la fit envoyer à la Morgue où M. Brouardel fit l'autopsie. Je passe sous silence les différentes parties qui constituent un examen médico-légal et je me hâte d'arriver à ce qui ressort de notre sujet.

La cavité abdominale, surtout le petit bassin, était remplie de sang

liquide. Autour de l'utérus, se trouvait un caillot sanguin pesant 480 grammes. La quantité de sang épanchée dans la cavité abdominale pouvait être évaluée à deux litres et demi. Les parois de l'utérus n'étaient pas déchirées; à quelques centimètres du corps de l'utérus, la trompe gauche présentait une dilatation manifeste de la grosseur d'une moitié de noix dont le sommet convexe était le siège d'une petite déchirure mesurant 2 à 3 millimètres de largeur.

Cette petite dilatation ampullaire était tapissée intérieurement par de petites villosités analogues à celles qui tapissaient la cavité utérine dans toute son étendue.

L'ovaire du même côté contenait un corps jaune très volumineux. La vessie était normale.

Le vagin ne présentait aucune trace de caillots sanguins, mais quelques mucosités glaireuses non mélangées de sang.

Conclusion. — La mort avait été causée par une hémorrhagie consécutive à la rupture d'un kyste fœtal développé dans la trompe et datant probablement d'un mois et demi à deux mois.

Le 28 mars 1882 se trouvait à la Morgue le cadavre d'une jeune fille de 22 ans, décédée subitement. On croyait à un avortement.

Les seins étaient peu volumineux, ils contenaient un peu de colostrum que l'on faisait sourdre à la pression. La peau de l'abdomen était couverte de vergetures blanches, trace d'une grossesse ancienne.

Dans la cavité péritonéale on a trouvé un énorme caillot sanguin et trois litres environ de sang liquide. Au centre de ce caillot on découvrait un petit fœtus mesurant 2 à 3 cent. de longueur. La trompe gauche présentait une déchirure dont les bords étaient déchiquetés et mesurait environ 1 cent. 1/2. Cette déchirure communiquait avec une poche sur les parois de laquelle était inséré un chorion couvert de villosités.

Le péritoine qui recouvrait cet épanchement sanguin était coloré

par le sang, mais ne portait aucune trace de fausses-membranes anciennes ou récentes.

Utérus petit ; au niveau du col légèrement entr'ouvert quelques mucosités sanguinolentes.

Muqueuse intra-utérin sanguinolente, aucune trace de violence Corps jaune dans l'ovaire droit.

Le tissu cellulaire situé entre le vagin et le rectum était le siège d'une suffusion sanguine considérable.

Conclusion. — La mort a été causée par la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin arrivé à un mois et demi ou deux environ. Dans ces deux cas, la cause de la mort étant naturelle, il n'y a pas eu lieu de procéder à un examen plus approfondi.

CONCLUSIONS

Des considérations et des faits qui précèdent, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Symptômes. C'est l'ensemble des signes qui doit attirer l'attention, aucun fait en lui-même n'entraîne une complète certitude.

2° Les principaux éléments du diagnostic seront pris dans la forme du ventre, l'aspect superficiel des parties fœtales, les phénomènes douloureux, les troubles menstruels, enfin et surtout dans le toucher vaginal qui fera connaître et la position du col avec les modifications connues et la situation de la tumeur avec ses caractères particuliers.

3° Comme on l'a vu, le pronostic est des plus graves ; la mère échappe plus souvent à la mort que l'enfant.

Imp. A. DERENNE, Mayenne. — Paris, boulevard Saint-Michel, 52.